

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N^o 349

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

BIDOIRE ANDRÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Juin 1900, à Paris

Contribution à l'Étude
des Thrombo-Phlébites Utéro-Pelviennes
D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. JEANNIN, *Professeur*

GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1930

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

BIDOIRE ANDRÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Juin 1900, à Paris

Contribution à l'Étude
des Thrombo-Phlébites Utéro-Pelviennes
D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. JEANNIN, Professeur

GOURNAY-EN-BRAY
IMPRIMERIE A. LETRESOR
36, Place Nationale

1930



LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
	LEREBOULLET
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEL BET
Clinique des maladies infectieuses.....	HARTMANN
Clinique chirurgicale	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri..	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
ROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
de GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.

MM.

LAROCHE Guy..	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER Fernand	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils....	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

En toute affection filiale.

A MES FRÈRE ET SŒUR

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Qui m'a toujours guidé avec tant de sollicitude dans la carrière obstétricale.

Hommage reconnaissant pour toute la bienveillante sympathie qu'il n'a cessé de me témoigner. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse affection.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, inspirée par lui.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de ma reconnaissance pour
son enseignement et ses précieux
conseils.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur DELBET.
Monsieur le Professeur BEZANÇON.

Externat :

Monsieur le Professeur BAR.
Monsieur le Docteur LAUBRY.
Monsieur le Professeur CHAUFFARD.

Internat provisoire :

Monsieur le Docteur RIVET.
Monsieur le Docteur CHEVRIER.
Monsieur le Professeur agrégé PASTEUR VALLERY-RADOT.

Internat titulaire :

Monsieur le Docteur LABEY.
Monsieur le Docteur CATHALA.
Monsieur le Docteur FUNCK-BRENTANO.
Monsieur le Professeur agrégé MOCQUOT.
Monsieur le Professeur JEANNIN.
Monsieur le Professeur agrégé LEVEUF.

•

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Messieurs les Professeurs agrégés ECALLE, METZGER, VIGNES
Accoucheurs des Hôpitaux

Monsieur le Docteur CHOMÉ
Messieurs les Docteurs René BÉNARD, BRODIN,
Médecins des Hôpitaux

Messieurs les Docteurs
BAZY, DENIKER, Raoul MONOD, RICHARD, S.-C. BLOCH
Chirurgiens des Hôpitaux

A MES CONFÉRENCIERS

Messieurs les Docteurs OBERLIN et MAURER,
Chirurgiens des Hôpitaux

Monsieur le Professeur agrégé d'ALLAINES, Chirurgien des
Hôpitaux.

Monsieur le Docteur A. RAVINA.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Qui voudra bien agréer l'assurance
de tout mon profond dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Témoignage de mon sincère
attachement.

INTRODUCTION

Lorsque notre Maître, M. le Professeur JEANNIN, nous proposa comme sujet de thèse les thrombo-phlébites utéro-pelviennes, nous fûmes fortement embarrassés par l'amplitude de la question. Celle-ci avait été longuement étudiée et discutée par de nombreux auteurs compétents, tant Français qu'étrangers. Parmi ceux-là, nous devons rappeler, entre beaucoup d'autres et avant tout : MM. JEANNIN, VANVERTS et PAUCOT, dans leur remarquable rapport de 1912; MM. LEQUEUX et CHOMÉ, dans leur travail présenté au Congrès de Strasbourg, en 1923, et enfin M. HCNEL, dans sa thèse d'agrégation à Alger, en 1926.

Mais avant d'étudier comment se présente actuellement le problème du diagnostic et surtout du traitement de ces thrombo-phlébites pelviennes d'origine puerpérale, nous serions ingrats de ne pas remercier M. CHOMÉ, assistant de M. le Professeur JEANNIN, qui a bien voulu nous guider de ses bienveillants et si utiles conseils. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance la plus sincère pour l'inlassable dévouement dont il a fait preuve à notre égard.

Généralités.

Lorsqu'on parle de phlébite puerpérale, on pense immédiatement à la phlébite des membres inférieurs ou *phlegmatia alba dolens*, dont le diagnostic est, pour ainsi dire, évident, tellement les signes physiques sont nets et frappants.

Mais il existe une forme de phlébite qui a été longtemps ignorée et qui, actuellement encore, reste souvent mal connue en certains points : c'est la thrombo-phlébite des veines du bassin. Ici, la lésion ne s'extériorise pas par les signes habituels de phlébite; la symptomatologie physique, en particulier, est très fruste et rien ne paraît attirer, dans la plupart des cas, l'attention immédiatement vers le système veineux pelvien, et cependant cette localisation du processus phlébitique est beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer au premier abord. L'étude clinique montre, en effet, qu'un grand nombre de femmes meurent subitement après un accouchement normal, à la suite d'une embolie, des suites de couches, embolie tout à fait inattendue, qui ne peut exister sans phlébite préalable; or, celle-ci est cachée, invisible, donc ignorée. A côté de la clinique, les autopsies ont montré la fréquence de ces thrombo-phlébites des veines pelviennes, depuis que l'attention a été attirée sur elle.

On désignera donc sous le nom de thrombo-phlébite utéro-pelvienne, la phlébite des veines du petit bassin (veines utérines, veines utéro-ovariennes, veines hypogastriques et leurs branches). Rarement, la phlébite dépasse les veines du petit bassin et gagne les gros troncs veineux (veines iliaques primitives et même veine cave inférieure).

Si ces thrombo-phlébites pelviennes ont été particulièrement étudiées depuis une vingtaine d'années, il ne faut pas oublier qu'elles étaient déjà très connues et très étudiées en France dès le milieu du siècle dernier.

HERVIEUX, dans son traité des maladies puerpérales, en 1866, décrit d'une façon magistrale et minutieuse la phlébite utérine (dont seul, avant lui, DANCE avait montré l'importance en 1828), et la distingue nettement et définitivement de la lymphangite utérine, à laquelle on accordait une place prépondérante dans l'affection puerpérale.

« La phlébite, écrit-il, est rarement bornée aux veines

« utérines. Une multitude d'autres veines peuvent être frappées
« simultanément, au premier rang desquelles il faut placer les
« veines du bassin et, parmi ces dernières, classées par ordre
« de fréquence, les veines ovariques, les veines tubaires, le plexus
« pampiniforme, les veines iliaques, les hypogastriques et leurs
divisions. »

Après avoir décrit la phlébite des sinus utérins, il étudie, l'une après l'autre, la phlébite des veines pelviennes, « qui est presque constamment liée à la phlébite utérine ». Les lésions macroscopiques des veines thrombosées, ainsi que les lésions péri-phlébitiques de voisinage sont parfaitement décrites et l'auteur étudie successivement la phlébite des veines ovariques et du plexus pampiniforme, des veines tubaires, des veines du ligament rond, des veines du ligament large, des veines iliaques interne, externe, primitive et même de la veine cave inférieure, en relatant ses observations personnelles, celles de DANCE, de BÉHIER.

Ces phlébitis pelviennes sont également très étudiées, quelques années plus tard, par SIREDEY, puis elles sont dès lors passées sous silence dans la plupart des ouvrages classiques sur l'infection puerpérale, jusqu'au début du XX^e siècle. En effet, les travaux sur l'infection puerpérale, à la fin du siècle dernier, se portèrent, après les découvertes de PASTEUR, surtout sur la partie microbologique de la question, et ce n'est que vers 1905, comme nous le verrons plus loin, que les phlébitis utéro-pelviennes furent de nouveau bien décrites et qu'on eut l'idée de leur appliquer un traitement chirurgical.

Plan Général.

Après avoir essayé de préciser qu'elles étaient les conditions générales aussi bien que locales favorisant et déterminant l'apparition des thrombo-phlébitis, c'est-à-dire leur étiologie et

leur pathogénie, il conviendra d'étudier ensuite, séparément et successivement, en deux parties distinctes :

La phlébite simple ou adhésive.

La phlébite suppurée.

Il s'agit là, en effet, de deux variétés anatomo-cliniques bien différentes, qui s'opposent à tous points de vue. Cette distinction est, en effet, capitale.

En cas de phlébite simple, les lésions infectieuses sont peu accentuées, les signes généraux ne sont pas graves, le pronostic est bénin. Anatomiquement, elle se caractérise le plus souvent par l'oblitération simple des veines. Le seul danger est la possibilité d'une embolie.

En cas de phlébite suppurée, les lésions infectieuses sont, on le conçoit, infiniment plus accentuées : la veine suppure, les signes généraux acquièrent alors toujours une grande gravité et le pronostic est le plus souvent fatal, à cause des complications qui surviennent.

Cette distinction, peut-être un peu théorique, correspond cependant le plus souvent à la réalité des faits ; bien qu'il puisse exister des cas intermédiaires, il est tout à fait légitime d'opposer ces deux formes, dont l'anatomie, la clinique, l'évolution, le pronostic et surtout le traitement, sont si dissemblables.

Signalons, enfin, que parmi ces deux modalités de phlébite pelvienne, ce sera la phlébite suppurée qui constituera le fond principal de notre étude à cause de sa fréquence, de son importance, de sa haute gravité et surtout à cause des discussions thérapeutiques qu'elle a soulevées. Etant, en effet, une des formes les plus redoutables et les plus fréquemment mortelles de l'infection puerpérale, elle relève, dans bien des cas, que nous nous efforcerons de préciser, de l'intervention chirurgicale. Celle-ci permet d'espérer une guérison que le traitement médical seul est impuis-

sant à obtenir dans l'immense majorité des cas. En insistant donc tout particulièrement et longuement sur les indications opératoires et la technique du traitement chirurgical en cas de thrombo-phlébite pelvienne suppurée, nous exposerons à ce sujet les méthodes suivies et étudiées avec un soin tout particulier, dans leurs moindres détails, depuis déjà de longues années dans le service de notre Maître, M. le Professeur JEANNIN.

Nous décrivons donc successivement, dans ce travail, la phlébite simple, puis la phlébite suppurée, après avoir exposé, dans un chapitre préliminaire, le seul point commun, pourrait-on dire, de ces deux formes : c'est l'étiologie et la pathogénie de ces thromboses pelviennes; en effet, un grand facteur est à l'origine de ces deux variétés de thrombo-phlébites pelviennes puerpérales : *l'infection*.

Mais il serait difficile d'aborder l'étude générale de cette affection sans rappeler quelques points particuliers de l'anatomie du système veineux pelvien féminin.

Etude anatomique du Système Veineux-Pelvien chez la Femme ⁽¹⁾

Nous considérerons successivement :

- 1° Le système veineux utéro-annexiel;
- 2° Le système veineux iliaque;
- 3° Le système cave inférieur (en particulier la portion abdominale de la veine cave inférieure jusqu'au niveau des veines rénales).

I. - Le Système veineux utéro=annexiel.

Il comprend :

- 1° Les veines propres de l'utérus ou sinus utérins;
- 2° Les veines collectant le sang des sinus et des annexes de l'utérus.

1. M. MAURER, Chirurgien des Hôpitaux, notre conférencier d'internat, a eu l'obligeance de mettre à notre disposition ses travaux sur l'anatomie des gros troncs vasculaires pelviens. Nous l'en remercions bien sincèrement.

1° Les veines de l'utérus gravide forment un réseau inextricable dans le muscle utérin : ce sont elles qui donnent au corps de l'utérus gravide son aspect spongieux et caverneux. C'est leur nombre extraordinaire, leur calibre énorme, bien plus que leur structure, qui leur a valu le nom de sinus utérins. Il se produit aussi de véritables lacs sanguins. Les veines sont, de plus, particulièrement développées et abondantes au niveau de la couche musculaire moyenne et dans la zone qui correspond au placenta. Enfin, il faut remarquer que les sinus utérins n'ont pas de paroi adventice mais sont en rapport direct avec les fibres du muscle utérin. L'adhérence est étroite avec les anneaux musculaires.

Superficiellement, ce plexus veineux va se déverser dans des troncs placés sous le péritoine, plus développés du reste à la face postérieure et pouvant simuler des cercles anastomotiques transversaux. Classiquement, il en existerait trois qui seraient assez fréquemment rencontrés : l'un au niveau du fond utérin, l'autre au milieu du corps, le dernier enfin au niveau de l'anneau de Bandl (veine coronaire) ; mais, ce qui est à peu près constant, c'est la présence, sur les bords de l'utérus, d'un épais plexus sous-péritonéal, enfoui dans une gaine musculo-conjonctive. Dans ce plexus latéral, on peut distinguer deux grosses veines collectrices longeant les flancs de l'utérus, l'une pour la paroi antérieure, l'autre pour la paroi postérieure.

2° Veines collectrices de l'utérus et de ses annexes.

Si l'on excepte les veines du ligament rond, on peut dire que le courant génital féminin se divise en deux grosses voies :

La voie inférieure (pédicule utérin inférieur), tributaire de l'hypogastrique ;

La voie supérieure (pédicule utérin supérieur) tributaire de la veine cave inférieure et de la veine rénale gauche.

A) *Pédicule supérieur.*

Il commence au niveau de la corne utérine, en faisant suite au plexus latéral utérin, que nous venons de signaler. Le plexus utérin se continue, du reste, sans démarcation avec les veines issues de la trompe et de l'ovaire. Dans la partie supérieure du ligament large, dans le méso-salpinx, il y a formation d'un plexus antérieur assez grêle ou utéro-salpingien, et d'un plexus postérieur très développé utéro-ovarien, qui masquent complètement l'artère spermatique interne. Au niveau du ligament infundibulo-pelvien, les deux plexus précédents se réunissent en un plexus commun, le plexus pampiniforme qui, petit à petit, se résout en deux et, enfin, en une seule grosse veine : la veine utéro-ovarienne, qui accompagne l'artère du même nom.

La veine utéro-ovarienne droite va rester satellite de l'artère du même nom; elle repose en arrière sur le psoas; en avant, elle est rétro-péritonéale, répond à la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant ou plus exactement plus en dedans ou mésocôlon ascendant et à la racine du mésentère venant s'épanouir dans l'angle iléo-cæcal. Les rapports avec l'uretère sont capitaux à étudier : dans l'ensemble, la veine utéro-ovarienne droite est oblique en haut et en dedans l'uretère est à peu près vertical, légèrement oblique en dedans, dans sa portion lombaire. Au niveau de la troisième vertèbre lombaire, l'uretère va croiser très obliquement la face postérieure du paquet vasculaire utéro-ovarien droit et ainsi, d'externe qu'il était il deviendra interne par rapport aux vaisseaux.

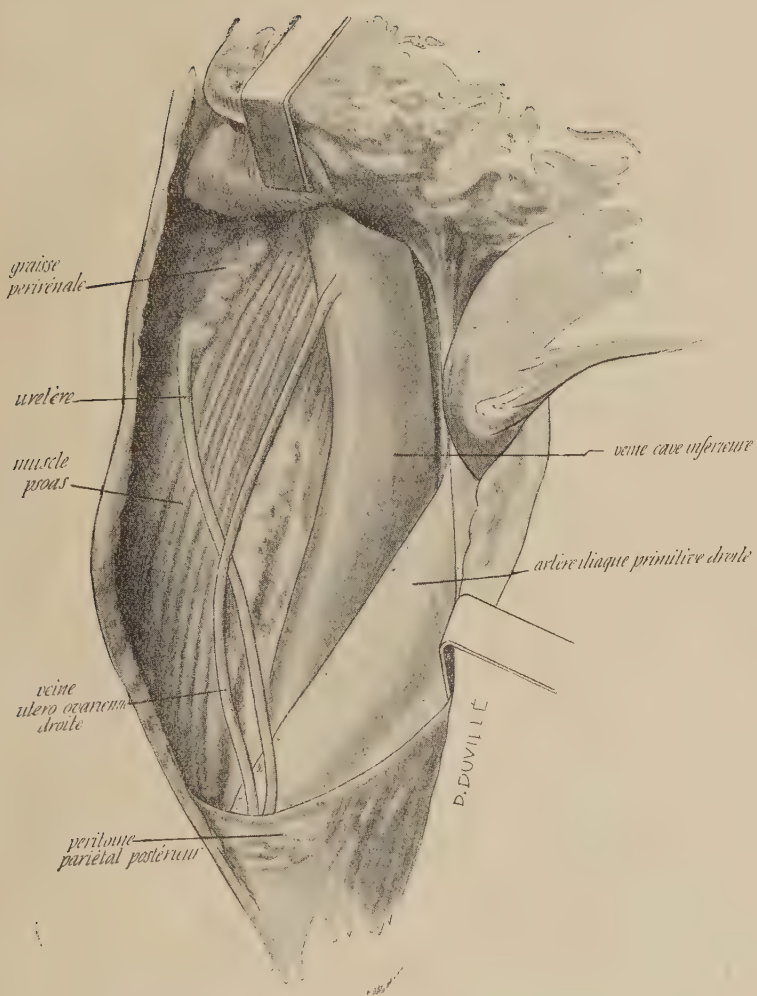
La veine utéro-ovarienne se jette à angle aigu dans le bord droit de la veine cave inférieure au-dessous de l'embouchure des veines rénales.

La veine utéro-ovarienne gauche remonte également à peu près verticalement sur la face antérieure du psoas, recouverte en avant par le mésocôlon descendant. Au niveau de la troisième

LA VEINE UTÉRO-OVARIENNE DROITE DANS SA PORTION LOMBAIRE

Le péritoine pariétal postérieur a été incisé après qu'un très large décollement cœlique droit et duodénal a été effectué; le mésentère a été décollé au niveau de ses insertions et récliné en haut et en dedans.

La veine utéro-ovarienne droite, après avoir croisé les vaisseaux iliaques externes, monte oblique en haut et en dedans, sur le psoas, pour se jeter à angle aigu dans le bord droit de la veine cave inférieure à la hauteur de la 2^e V. L., non loin de l'embouchure des veines rénales. L'uretère descend à peu près verticalement, d'abord externe, il croise obliquement la face postérieure de la veine accompagnée de l'artère du même nom au niveau de la 3^e V. L., pour lui devenir interne.



Dessiné grandeur naturelle, réduit de moitié

vertèbre lombaire, elle quitte l'artère du même nom, qui vient de l'aorte, et remonte se jeter à angle presque droit dans le bord inférieur de la veine rénale gauche. Dans son trajet, elle monte parallèlement au bord interne de l'uretère; elle ne le surcroise que tout près de son origine pour lui devenir interne.

Les rapports antérieurs des veines spermatiques avec le péritoine méritent d'être précisés pour comprendre la façon dont on peut les aborder chirurgicalement dans leur portion lombaire.

A droite : la veine est recouverte par un fascia d'accolement résultant de l'accolement du péritoine pariétal postérieur primitif et du feuillet postérieur du mésocôlon ascendant. Le péritoine définitif pariétal postérieur n'est donc que le feuillet antérieur du mésocôlon ascendant, qui recouvre les vaisseaux spermatiques.

A gauche : De même il y a fascia d'accolement entre le péritoine pariétal primitif et le feuillet postérieur du mésocôlon descendant : le péritoine pariétal postérieur définitif, qui recouvre la veine, n'est que le feuillet antérieur primitif du mésocôlon descendant.

Dans ces deux fascias, cheminent, à droite comme à gauche, les vaisseaux intestinaux. Ce qui explique que pour atteindre l'uretère et les vaisseaux spermatiques, il est dangereux d'inciser le péritoine par voie transmésocôlique en incisant le péritoine directement en avant de ces organes. Il est nécessaire, pour éviter les vaisseaux intestinaux, d'inciser le péritoine pariétal sur le bord externe du côlon ascendant ou du côlon descendant et de décoller leurs méso respectifs (décollement colo-pariétal).

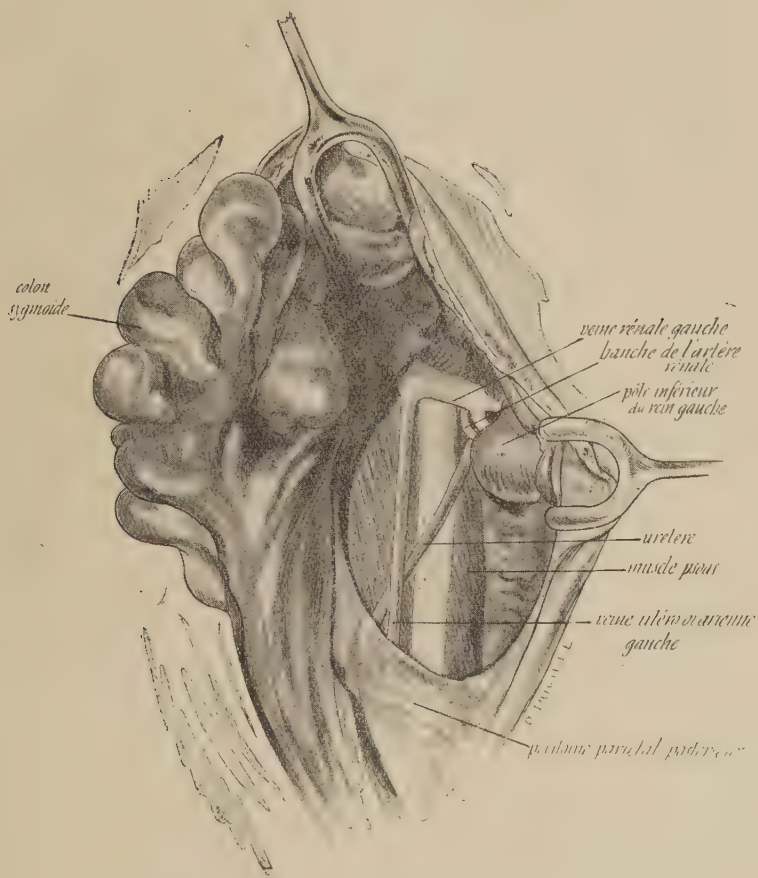
Normalement, en dehors de la grossesse, le tronc de la veine utéro-ovarienne n'est pas plus gros chez la femme que chez l'homme; pendant la grossesse, le calibre de la veine utéro-ovarienne peut dépasser celui de la veine utérine.

Anormalement, on a signalé des cas où le tronc veineux utéro-ovarien manque et est remplacé par des veinules. Dans

LA VEINE UTÉRO-OVARIENNE GAUCHE
DANS SA PORTION LOMBAIRE

Le péritoine pariétal postérieur a été incisé après qu'un très large décollement cœlique gauche a été effectué.

La veine utéro-ovarienne gauche monte à peu près verticalement sur le psoas pour se jeter à angle presque droit dans le bord inférieur de la veine rénale gauche; elle monte parallèlement à l'uretère, externe à lui, et croise sa face antérieure, tout près de l'origine de celui-ci, pour lui devenir interne.



Dessiné grandeur naturelle, réduit de moitié

d'autres cas, assez fréquents, la veine utéro-ovarienne était double jusqu'à sa terminaison. Enfin, on a vu les deux veines utéro-ovariennes se jeter dans la veine cave, la veine spermatique droite se jeter dans la veine rénale droite ou se terminer par deux branches se jetant respectivement dans la veine rénale et la veine cave... La bifurcation du tronc utéro-ovarien à son embouchure n'est du reste pas très rare.

B) *Le pédicule inférieur.*

Le plexus latéro-utérin forme en bas, avec les veines vaginales un grand plexus utéro-vaginal. Au niveau du col utérin, en dedans de l'uretère, deux grosses veines utéro-vaginales ou utérines vont naître de ce plexus et se diriger transversalement en dehors dans la base du ligament large en accompagnant l'artère utérine.

La veine antérieure préartérielle et pré-urétérique est grêle et reçoit les veines vésico-vaginales antérieures.

La veine postérieure rétroartérielle et rétro-urétérique est grosse et courte; elle reçoit la vaginale postérieure.

Ces deux troncs veineux sont anastomosés plusieurs fois entre eux au départ.

La terminaison des veines utérines est d'ailleurs assez variable, d'après FARABEUF.

La voie postérieure perd vite son autonomie, car elle s'abouche rapidement avec la vaginale supérieure, les vésicales inférieures et l'obturatrice inférieure. Le tronc ainsi formé reçoit l'hémorroïdale moyenne, la honteuse interne, l'ischiatique, les veines sacrées latérales inférieure, les veines pariétales, et constitue la grosse veine hypogastrique. Il en résulte la formation d'un vaste confluent hypogastrique, qui est situé un peu au-dessus et en arrière de l'épine sciatique, sur la grande échancrure sciatique.

La voie antérieure accompagne l'artère jusqu'à ce confluent hypogastrique, près de sa réunion avec l'iliaque externe, mais elle n'y remonte pas entière car, en cours de route, elle envoie un rameau de décharge important à l'obturatrice inférieure ou à la veine vaginale. Même dans certains cas, au lieu de se jeter dans la veine hypogastrique, après avoir jeté son anastomose à l'obturatrice inférieure, elle va se jeter dans la veine obturatrice supérieure et le tronc ainsi formé se termine dans la veine iliaque externe, non loin de sa terminaison.

KOWNATSKI a vu les veines utérines et vaginales se réunir en un tronc commun gagnant l'iliaque externe près de sa terminaison, en formant une *veine iliaque* moyenne, que nous retrouverons plus loin.

II. = Le Système veineux iliaque.

Il présente à étudier :

- 1° *Les veines iliaques primitives;*
- 2° *Les veines iliaques externes;*
- 3° *Les veines iliaques internes ou hypogastriques.*

1° Les veines iliaques primitives.

Elles résultent de la réunion à angle aigu de la veine iliaque externe et de la veine hypogastrique. Cette réunion, qui se fait à la partie supérieure de la symphyse sacro-iliaque, est située un peu au-dessous de la bifurcation artérielle qui se fait au niveau du disque lombo-sacré. Le sommet de l'angle d'union des deux veines iliaques externe et interne est plus bas à droite qu'à gauche par rapport à la bifurcation artérielle. De plus, il est à droite, dans l'angle artériel; à gauche, il est caché derrière l'artère

hypogastrique gauche. Il en résulte qu'à droite l'angle veineux est inscrit dans l'angle artériel, tandis qu'à gauche l'artère iliaque interne descend dans l'aire de l'angle veineux. A droite, l'origine de la veine apparaîtra donc dans la bifurcation artérielle; à gauche, elle est masquée par l'artère hypogastrique.

En haut, elle se réunit à celle du côté opposé à angle aigu, sur le bord droit de la colonne vertébrale, au niveau du disque qui relie la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, ou, plus exactement, au niveau du bord supérieur de la cinquième vertèbre lombaire, pour former la veine cave inférieure.

Elles occupent la partie supérieure et postérieure du bassin et la partie inférieure et interne de la région lombaire.

La veine droite est plus verticale et plus courte (5 cm. 5) que la gauche (7 cm. 5). La veine gauche a un calibre plus considérable que la droite.

Puisque la bifurcation artérielle primitive se fait plus haut que l'origine de la veine iliaque primitive, il est évident que cette dernière aura, dans sa portion inférieure, des rapports avec les vaisseaux artériels iliaques externes et internes, avant d'entrer en rapports avec l'artère iliaque primitive; à droite, le tronc veineux est d'abord en arrière et en dehors de l'artère hypogastrique, en arrière et en dedans de l'artère iliaque externe, puis il passe derrière l'artère iliaque externe, qu'il croise de bas en haut et de dedans en dehors; à gauche, il est d'abord en arrière de l'artère hypogastrique, qu'il déborde en dedans et en dehors, entrant en rapports avec la partie postéro-interne de l'artère iliaque externe.

Les rapports avec les artères iliaques primitives sont les suivants :

Dans l'ensemble, la veine est cachée à droite, derrière son artère; à gauche, elle suit son bord droit.

Et plus exactement :

A droite, la veine suit la face postérieure des artères iliaques externe et interne, puis celle de l'iliaque primitive jusqu'à sa partie moyenne, puis elle croise cette face postérieure en haut et en dehors. A son origine, elle débordait l'iliaque externe en dedans; à sa terminaison, elle déborde l'iliaque primitive en dehors.

A gauche, la veine plus longue et plus oblique est cachée par l'origine de l'artère iliaque interne, puis elle apparaît derrière le bord postérieur et interne de cette artère et suit en bas le bord interne de l'artère iliaque primitive; elle reste à son contact ou, s'en écartant progressivement, chemine à distance de l'artère pour aller se terminer derrière l'artère iliaque primitive droite qu'elle croise perpendiculairement.

CHALIER et MURARD ont décrit un triangle inter-ilioaortique situé entre l'artère iliaque primitive gauche, en haut et à gauche, la veine iliaque primitive gauche, en bas et à droite, l'artère iliaque primitive droite en haut et à droite. Ce triangle existe dans les cas, du reste inconstants, où la veine iliaque primitive gauche chemine à distance de son artère.

Les vaisseaux iliaques primitifs sont situés dans une fossette décrite par CUNÉO et MARCILLE, limitée en dehors par le bord interne du psoas, en dedans par le promontoire et la cinquième vertèbre lombaire; en arrière, par le ligament iléo-lombaire et l'apophyse costoïde de la cinquième vertèbre lombaire; en bas par l'aileron sacré.

En *arrière*, le paquet vasculaire entre en rapport immédiat avec :

a) Un plan nerveux (le tronc lombo-sacré et en dehors de lui le nerf obturateur qui croise, dans quelques cas, la bifurcation même des vaisseaux iliaques primitifs pour apparaître dans l'angle de bifurcation compris entre les vaisseaux iliaques externes et internes);

b) Un plan vasculaire (vaisseaux iléo-lombaires) ;

c) Un plan ganglionnaire constitué par les ganglions iliaques primitifs.

En *avant*, ce sont les rapports avec le péritoine, que nous préciserons ultérieurement.

La seule veine collatérale est la veine sacrée moyenne, qui se jette dans la v. i. p. gauche.

Parmi les variétés et anomalies, il faut en citer deux principales :

L'absence de la veine iliaque primitive gauche, et alors la veine iliaque interne et la veine iliaque interne gauche se jettent au même niveau dans la veine iliaque primitive droite, pour former la veine cave.

La veine iliaque primitive gauche peut se diviser puis se reconstituer, de même pour la droite (formations insulaires).

Plus accessoirement, signalons que la veine hypogastrique droite peut se jeter dans la veine iliaque primitive gauche, que la veine cave inférieure peut s'anastomoser avec la veine iliaque primitive gauche et qu'enfin les deux veines iliaques primitives peuvent se fusionner tardivement (duplicité de la veine cave inférieure).

2° Les veines iliaques externes.

La veine iliaque externe va s'étendre de la veine fémorale, qu'elle continue au niveau de l'arcade crurale, à la veine iliaque primitive, dont elle est une des origines au niveau de la partie la plus élevée de l'articulation sacro-iliaque.

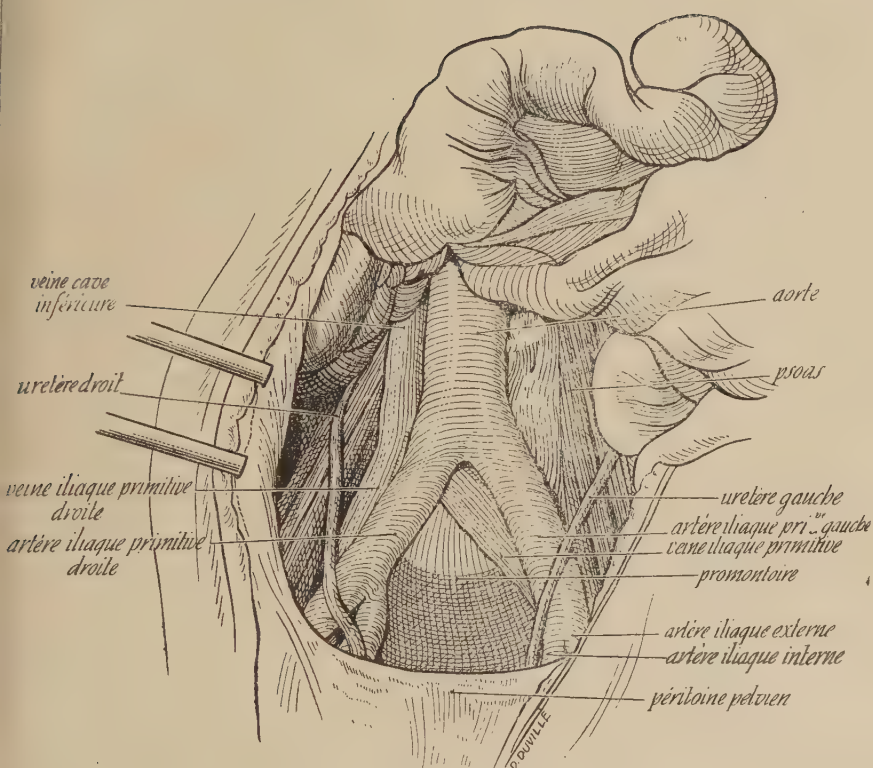
Son trajet est oblique en haut et en dedans; elle suit le détroit supérieur sur le bord interne du psoas, recouverte par le péritoine, qui passe de l'excavation pelvienne à la fosse iliaque interne.

LES VAISSEAUX TERMINO-AORTIQUES ET ILIAQUES PRIMITIFS

La bifurcation aortique se fait à quelques millimètres au-dessus du bord inférieur de la 4^e V. L. L'origine de la veine cave inférieure se fait 2 à 3 cm. plus bas, au niveau du bord supérieur de la 5^e V. L. A sa terminaison, l'aorte recouvre largement la veine cave dans sa partie gauche.

La veine iliaque primitive droite plus verticale et plus courte que la gauche; elle suit la face postérieure de l'artère iliaque primitive droite en la croisant obliquement; en haut, elle la déborde franchement en dehors.

La veine iliaque primitive gauche est postérieure à l'artère, mais dès son origine, elle la déborde en bas et en dedans et suit son bord inféro-interne. Elle peut même s'en écarter pour aller se réunir à la veine iliaque primitive droite, derrière l'artère iliaque primitive droite, qu'elle croise perpendiculairement en formant alors un des côtés du triangle inter-ilio-aortique. L'uretère croise, à gauche, les vaisseaux iliaques primitifs.



Dessiné grandeur naturelle, réduit de moitié

Près de l'arcade crurale, elle est franchement interne par rapport à l'artère; plus haut, elle lui est interne et postérieure. Cependant, tandis qu'à droite la veine est cachée en partie par le bord interne de son artère, à gauche elle est plus nettement interne, pouvant même cheminer à distance de son artère : ce qui fait qu'à gauche l'artère hypogastrique croise à angle droit la partie terminale de la veine iliaque externe qu'elle recouvre, tandis qu'à droite cette même artère la côtoie et la croise à angle aigu.

Le pédicule utéro-ovarien croise toujours la face antérieure des vaisseaux iliaques externes.

La veine iliaque externe reçoit souvent la grosse veine obturatrice supérieure non loin de sa terminaison.

3° La veine hypogastrique

est grosse et courte (3 à 5 cm. de long), son origine est située au-dessous de la terminaison de l'artère correspondante; elle est située sur un plan postérieur à l'artère et est à peu près verticale; la veine iliaque interne droite se continue directement dans la veine iliaque primitive droite, qui est à peu près verticale; comme nous l'avons vu, la veine gauche fait un angle très net avec la veine iliaque primitive gauche, que paraît continuer la veine iliaque externe. Il résulte de ces faits que, tandis que la veine iliaque interne droite et la veine iliaque primitive droite semblent former un tronc continu que paraît recevoir la veine iliaque externe à la manière d'une collatérale, la veine iliaque primitive gauche paraît continuer la veine iliaque externe gauche.

A droite comme à gauche, les veines sont postérieures aux artères, mais à droite la veine d'abord interne en bas, devient externe en haut en croisant la face postérieure de la moitié inférieure de l'artère iliaque interne; à gauche, au contraire, la veine reste parallèle à son artère et cachée derrière son bord

postérieur, qu'elle déborde en dedans. A droite comme à gauche, l'artère iliaque interne, à son *origine*, ne repose pas sur la veine iliaque interne mais sur la veine iliaque primitive. Le paquet hypogastrique recouvert par le péritoine repose en bas sur l'articulation sacro-iliaque, au-dessus sur l'aileeron sacré; elle repose également sur le muscle pyramidal et le plexus sacré.

Exceptionnellement, on peut trouver la veine iliaque interne double sur tout son parcours ou remplacée par un large plexus. Elle reçoit souvent, par un tronc commun, plusieurs de ses branches d'origine.

Cas particuliers :

1° On peut rencontrer une veine iliaque moyenne entre les deux veines iliaques interne et externe. Elle draine les veines utérines et les veines vésicales (la veine iliaque interne étant réservée au territoire rectal) et se jette dans la veine iliaque externe, non loin de sa terminaison. L'artère hypogastrique apparaît alors dans l'angle des veines iliaques interne et moyenne.

2° On peut rencontrer une anastomose entre les veines iliaques interne et externe courant en avant et en dehors de l'artère hypogastrique. Cette anastomose, plus fréquente à gauche, risque de rendre la ligature de la veine hypogastrique inefficace, la ligature de l'iliaque primitive est alors nécessaire.

ANATOMIE CHIRURGICALE DES VEINES ILIAQUES

1° Rapports entre les artères et les veines iliaques.

Nous avons étudié les cas où la bifurcation de l'artère iliaque primitive se faisait suivant un *type moyen* : la bifurcation artérielle est sensiblement à 1 cm. ou 1 cm. 5 au-dessous de la bifurcation artérielle. Du côté droit, la bifurcation veineuse est

dans l'angle de bifurcation artérielle; du côté gauche, le confluent veineux, bien que postérieur, est surtout interne par rapport à la naissance de l'hypogastrique, mais il existe des cas où :

a) La bifurcation artérielle primitive est haute et se fait au-dessus de l'horizontale, que prolonge le bord inférieur de la cinquième vertèbre lombaire, alors les deux vaisseaux artériels iliaques interne et externe restent accolés en canon de fusil sur 2 à 3 centimètres dans leur portion originelle avant de diverger : la veine iliaque interne sera comme la droite en dedans de son artère et sur un plan postérieur;

b) En cas de bifurcation basse au-dessous de l'horizontale que prolonge le promontoire, il n'y a pas d'accolement : les deux artères iliaques interne et externe divergent en formant un angle très ouvert; l'artère hypogastrique répond alors sur 3 à 4 centimètres à la veine iliaque primitive et la veine iliaque externe, à gauche comme à droite, est en dehors des branches terminales de l'artère homonyme.

2° *Rapports avec l'uretère.*

L'uretère, pour passer de la fosse iliaque interne dans le petit bassin, croise la face antérieure des vaisseaux iliaques, le tout étant recouvert par le péritoine; il est à 2 centimètres en dedans du pédicule utéro-ovarien, qui croise toujours les vaisseaux iliaques externes. En effet, dans la région iliaque, l'uretère descend verticalement sur le psoas accolé au bord interne du pédicule utéro-ovarien. Au moment où celui-ci atteint le bord externe de l'artère iliaque externe, il se dirige en avant, tandis que l'uretère se porte en dedans et en arrière.

L'uretère accolé à la face profonde du péritoine croise les vaisseaux iliaques en un point variable avec le type de bifurcation de l'iliaque primitive.

a) En cas de bifurcation haute, l'uretère croise des deux côtés les vaisseaux iliaques externes.

b) En cas de bifurcation basse, l'uretère croise des deux côtés les vaisseaux iliaques primitifs.

c) Si la bifurcation est du type moyen, l'uretère croise, à droite, les vaisseaux iliaques externes, à 15 millimètres de leur origine, et à gauche les vaisseaux iliaques primitifs à 15 millimètres de leur terminaison.

Après son croisement avec les vaisseaux iliaques primitifs ou externes, qui se fait très obliquement au niveau du bord supérieur du disque lombo-sacré, sur une horizontale mesurée à un travers de doigt au-dessus de la saillie du promontoire, l'uretère va affecter, avec les vaisseaux hypogastriques, les rapports suivants :

a) Quand l'uretère croise l'iliaque primitive, il tend à se placer sur la partie postérieure de la face interne de l'artère hypogastrique, donc très près de la veine qui est en arrière et en dedans de son artère;

b) Quand il croise l'iliaque externe, il tend à se placer sur la face antérieure de l'hypogastrique, puis sur sa face interne ayant des rapports plus artériels que veineux.

Ces rapports expliquent qu'en cas de bifurcation moyenne, qui est le cas habituel, les rapports veineux sont plus dangereux à gauche qu'à droite.

3° *Rapports péritonéaux.*

a) A droite, rien de particulier; le péritoine passe directement de la fosse iliaque interne dans le petit bassin, en recouvrant les vaisseaux;

b) A gauche, le mésocôlon pelvien vient flotter en avant de ce péritoine pariétal postérieur. Ce mésocôlon pelvien présente deux racines : l'une primitive n'est pas médiane, mais latéro-vertébrale gauche; l'autre, secondaire, est oblique en bas et à gauche. Celle-ci marque la limite inférieure de l'accolement du mésocôlon descendant au péritoine pariétal postérieur; étant plus ou moins haute, elle peut être située soit en pleine fosse iliaque gauche, soit le long du bord externe des vaisseaux iliaques externes puis primitifs (cas le plus fréquent), soit à la partie supérieure de la paroi latérale du petit bassin. Le sommet de l'angle de réunion des deux racines du méso-sigmoïde est en général de 2 centimètres au-dessus de la bifurcation aortique sur le flanc gauche de l'aorte. Cet angle est plus ou moins ouvert, suivant la situation de la racine secondaire : haute, moyenne ou basse.

Pratiquement, il existe deux aspects du mésocôlon pelvien : l'un qu'on peut relever pour aborder l'artère hypogastrique : dans ces cas, la racine secondaire est haute et le mésocôlon descendant ne s'est pas accolé bas au péritoine pariétal postérieur.

L'autre, qu'on ne peut relever en cas de racine secondaire très basse; et pour aborder les vaisseaux hypogastriques, il faut traverser le méso-sigmoïde entre les sigmoïdes gauche et médiane, ou mieux décoller la racine secondaire, qui est avasculaire.

III. - L'origine de la veine cave inférieure dans sa portion sous-rénale.

La veine cave inférieure résulte de la réunion des deux veines iliaques primitives : ce confluent a lieu au niveau du côté drot de la colonne vertébrale, au niveau du disque qui sépare la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, ou un peu plus

bas, au niveau supérieur de la cinquième vertèbre lombaire ; cette origine se fait un peu au-dessous (2 à 3 cm.) de la terminaison aortique, qui se fait à quelques millimètres au-dessus du bord inférieur de la quatrième vertèbre lombaire. Elle va monter, large de 3 cm., sur le côté droit de la colonne vertébrale lombaire, à peu près verticalement, et elle répondra au niveau de sa portion sous-rénale :

A gauche : à l'aorte abdominale moins grosse et plus médiane que la veine cave ; les deux vaisseaux accolés à leur partie inférieure s'écartent légèrement l'un de l'autre à mesure qu'on monte ; ils sont unis par des tractus conjonctifs.

En arrière : au flanc droit de la colonne lombaire, au pilier droit du diaphragme et à l'arcade du psoas au sympathique lombaire ; les quatre artères lombaires droites, nées de l'aorte, croisent sa face postérieure perpendiculairement ; plus haut, ce sera l'artère rénale droite.

A droite : au bord interne du psoas et à l'uretère lombaire.

En avant : elle est d'abord immédiatement rétropéritonéale croisée au niveau de sa terminaison par l'artère iliaque primitive droite.

Un peu plus haut, elle sera croisée par la racine du mésentère oblique, en bas et à droite, et contenant les vaisseaux mésentériques.

C'est donc au-dessus de l'artère iliaque primitive droite qu'on sent battre, qu'on incisera le feuillet péritonéal pour aller lier la veine cave au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, ce qui est le plus commode.

Les anomalies de la veine cave sont relativement rares :

Elle peut être double.

Elle peut manquer complètement, remplacée par les azygos considérablement développées.

Pathogénie et Etiologie des Thrombo-Phlébites Pelviennes

Comme M. le Professeur JEANNIN l'a bien montré, la puerpéralité favorise la thrombose veineuse. Les suites de couches, lorsqu'elles sont pathologiques, augmentent encore les chances d'apparition de la phlébite. Il est en effet de notion courante que les infections puerpérales ont fréquemment pour siège le système veineux :

I. = Au cours de l'état puerpéral physiologique, quelles sont les conditions qui favorisent l'apparition d'une phlébite ?

A) *Pendant la grossesse* : Le ralentissement circulatoire dans les veines utérines et périutérines rend le sang plus coagulable; il en est de même grâce aux modifications sanguines qu'entraîne la grossesse :

La diminution de l'alcalinité sanguine;

L'augmentation de la proportion de la fibrine pendant les trois derniers mois;

L'accroissement de la teneur en chaux;

L'accroissement de la quantité du plasma;

L'augmentation du nombre des leucocytes et leur destruction vers la fin de la grossesse, d'où mise en liberté de la thrombose.

B) *Pendant le travail* : Les contractions utérines, traumatisant les sinus, prédisposent à la thrombose, ainsi que les petites éraillures du col.

C) *Pendant les suites de couches*, après la délivrance, il est inutile d'insister sur le rôle majeur de la thrombose physiologique normale des sinus utérins, thrombose maxima, du reste, au niveau de l'aire placentaire. La femme qui vient d'accoucher et d'être délivrée, *doit* thromboser ses sinus pour assurer une hémostase parfaite, hémostase que la rétraction utérine seule ne peut réaliser. Normalement, cette thrombole physiologique reste limitée exactement aux sinus utérins.

D'autre part, il ne faut pas oublier non plus que, normalement, des agents microbiens d'origine vaginale, remontent au cours du post-partum et du post-abortionum, dans la cavité utérine, ce qui contribue encore à augmenter les chances de l'infection veineuse.

II. = Au cours de l'état puerpéral pathologique, quelles sont les conditions qui déterminent l'apparition de la phlébite ?

Il va sans dire que l'état puerpéral pathologique exagère les causes déjà prédisposantes de la grossesse normale.

L'étiologie de la thrombo-phlébite pelvienne se confond donc avec celle de l'infection puerpérale, mais avec quelques points particuliers : c'est avant tout une infection puerpérale à localisation veineuse. La thrombo-phlébite simple succède, en général, à une infection utérine atténuée; sans doute, la thrombo-phlébite supprimée peut succéder à toutes les formes d'infection utérine, souvent cette infection aura été grave, mais le fait est loin d'être constant et elle aura été bien souvent discrète et d'apparence bénigne.

De plus, il est certain qu'une endométrite, quelle que soit son origine, peut favoriser, pendant les suites de couches, l'apparition d'une thrombo-phlébite, en ayant déterminé, pendant la grossesse, un certain degré d'endo et de périphlébite avec une prolifération excessive de l'endothélium veineux.

Mais on ne saurait trop insister sur l'importance capitale des facteurs étiologiques suivants :

1° *Les hémorragies puerpérales* répétées doivent être mises au premier rang comme facteur causal de la thrombo-phlébite infectieuse. Celle-ci surviendra de préférence chez la femme qui a beaucoup saigné; les hémorragies, en modifiant la composition du sang, désarment l'organisme contre l'infection. Il peut s'agir d'hémorragies par inertie, par déchirures du col et du segment inférieur, mais ce sont incontestablement les hémorragies dues au placenta proevia, qui prédisposent le plus à la phlébite.

L'on ne saurait trop insister sur l'agent primordial qu'est le placenta proevia dans la production des phlébites. Depuis longtemps, tous les auteurs sont d'accord pour signaler la fréquence des lésions veineuses après un accouchement compliqué de placenta proevia. En effet, tout, en cas de placenta bas inséré, contribue à favoriser l'infection et l'éclosion d'une phlébite : l'hémorragie abondante qui anémie la malade, l'inertie utérine, les altérations du segment inférieur, la fréquence des interventions et, en particulier, de la délivrance artificielle, justement redoutée par tous, mais bien souvent, cependant, d'une impérieuse nécessité.

2° *La rétention de cotylédons et de débris ovulaires dans l'utérus* est, d'après M. JEANNIN, une des causes que l'on doit mettre sur le même plan comme importance, que le facteur hémorragie. Ces deux facteurs sont, du reste, le plus souvent associés.

Cette notion étiologique explique que la phlébite et, en particulier, la phlébite suppurée, s'observe aussi bien après

l'avortement qu'après l'accouchement, et même certains auteurs semblent admettre qu'elle serait même plus fréquente au cours de l'avortement, à cause de la rétention placentaire si communément rencontrée en pareil cas.

3° *Les interventions ou les lésions portant sur le col et le segment inférieur* (incisions du col, césarienne vaginale et même supra-symphysaire et surtout délivrance artificielle). Nous retrouvons encore ici le rôle princeps du placenta proevia à cause de la fréquence des interventions qu'il nécessite. A l'élément hémorragie se joint l'élément intervention.

4° *L'inertie utérine*, quelle que soit son origine, est facteur d'hémorragies et de coagulations veineuses anormalement étendues (extension des caillots hors de l'utérus dans les troncs veineux).

Enfin, nous signalerons le rôle accessoire, mais cependant important, de la *sclérose vasculaire*, liée à l'endométrite, qui empêche l'affaissement des sinus lors de la délivrance. La *multi-parité* agirait du reste de la même façon.

Mais la cause déterminante, la cause première, la cause unique, c'est l'*infection*, infection favorisée par tous les facteurs que nous venons d'énumérer. Il ne s'agira pas, généralement, comme nous le verrons, d'une infection suraiguë à caractère septicémique, mais d'une infection d'intensité moyenne et même d'apparence bénigne, et nous insisterons encore sur le rôle capital de toutes les interventions portant sur le segment inférieur de l'utérus, en particulier la délivrance artificielle et, par conséquent, de tous les cas de dystocie entraînant ces manœuvres obstétricales : avant tout, le placenta proevia.

III. = Les microbes en cause.

C'est le *streptocoque*, microbe habituel de l'infection puerpérale, qui est, dans l'immense majorité des cas, l'agent des thrombo-

phlébites infectieuses. En cas de phlébite suppurée, il s'agirait principalement de streptocoque anaérobe (*streptococcus putridus* de Schottmüller). On le trouve dans le pus qui remplit la lumière de la veine et même dans la paroi du vaisseau.

Très rarement, le staphylocoque pur peut être à l'origine d'une phlébite à forme pyohémique.

Enfin, HOUEL a cultivé le colibacille dans le pus d'une phlébite puerpérale suppurée.

IV. = Les voies de l'infection.

Comment les microbes peuvent-ils arriver au niveau de l'endothélium veineux ? Le plus souvent, après une phase d'endométrite principalement, siégeant au niveau de l'aire placentaire, l'infection gagne la lumière vasculaire directement ou après un stade de périphlébite, gagne indirectement l'endothélium par les lymphatiques.

Mais les microbes peuvent traverser l'utérus et se localiser sur un point des troncs veineux situé loin de l'aire placentaire, l'espace intermédiaire veineux n'étant pas lésé. Ces cas paraissent, du reste, les plus fréquemment rencontrés en cas de phlébite suppurée et nous verrons, lorsque nous étudierons l'anatomie pathologique de ces phlébites, que la métrophlébite des sinus accompagne rarement la phlébite des troncs pelviens. Bien plus, elle n'en est même qu'exceptionnellement le premier stade. Il s'agirait donc :

Soit d'une propagation directe sanguine, au cours de laquelle les sinus sont parcourus par les microbes sans être lésés;

Soit d'une infection primitivement lymphatique et ensuite veineuse, les germes traversant de dehors en dedans la paroi du vaisseau.

V. = Doit-on considérer toutes les thrombo-phlébites pelviennes comme de nature infectieuse ?

L'infection est-elle la cause exclusive des phlébites ?

A côté des phlébites infectieuses, M. JEANNIN a montré qu'il pouvait exister des thromboses des veines pelviennes qui « sont pathologiques sans infection, tout au moins au sens clinique du terme » ; cette variété aseptique, du moins cliniquement, de la phlébite utéro-pelvienne des suites de couches se verrait surtout chez certaines multipares âgées et elles résultent de l'extension hors de l'utérus du processus normal et physiologique d'oblitération des sinus. Comme nous l'avons vu plus haut, la femme qui vient d'être délivrée doit thromboser ses sinus pour amener une hémostase parfaite : normalement, cette thrombose physiologique reste nettement limitée aux sinus utérins. Dans certains cas, cette thrombose veineuse devenant pathologique, dépasse l'utérus et gagne les veines du petit bassin (veines utérines, veines hypogastriques) et l'on a alors incriminé le rôle de la sclérose vasculaire et de l'atonie utérine.

Cette thrombose « pathologique sans infection » qui passe bien souvent inaperçue et qui, dans d'autres cas, se manifeste par des accidents dramatiques d'ordre embolique, paraît cliniquement aseptique, mais l'est-elle en réalité dans son substratum anatomique ?

« On est forcé de répondre qu'il est difficile de dire si, « en réalité cette thrombose est bactériologiquement aseptique », et l'on peut se demander si l'infection ne joue pas aussi un rôle très minime, il est vrai, dans la production de ces thromboses dites aseptiques ; *pratiquement, jusqu'à plus ample informé, l'on peut admettre sans conteste que la plupart des phlébites utéro-pelviennes, sinon toutes, son dues à l'infection.*

PREMIÈRE PARTIE

Thrombo-Phlébite simple ou adhésive

Fréquence : Il est impossible de donner exactement la fréquence de cette variété de phlébite; la plupart évoluent, en effet, à bas bruit; beaucoup sont même ignorées et passent inaperçues.

Elles sont certainement aussi fréquentes que les phlébites du membre inférieur.

Anatomie pathologique.

I. LÉSIONS PROPREMENT DITES.

Les lésions inflammatoires passent au deuxième plan; elles sont atténuées. La paroi veineuse est simplement épaissie.

Histologiquement, l'épithélium de l'endoveine est enflammé, il desquame et les cellules fixes de la couche sous-épithéliale, qui s'épaissit, prolifèrent activement, formant des bourgeons qui se soudent plus ou moins intimement au caillot dur et rouge formé essentiellement de cellules endothéliales enflammées et nécrosées, ainsi que d'éléments du sang, au milieu de mailles de fibrine.

Les autres tuniques de la veine (externe et moyenne) présentent peu de lésions (un peu de congestion banale et d'infiltration). Le caillot qui s'accroît par adjonction de stades successifs de coagulation, occupe, par son corps, toute la lumière du vaisseau qu'il obstrue; en aval, vers le cœur, il se termine par une extrémité libre effilée en tête de serpent, qui peut se détacher en fragments, source d'embolies.

Ce sont là, en un mot, les lésions banales de la phlegmatia alba dolens, sur lesquelles nous n'insisterons pas davantage et que nous avons indiquées pour les comparer plus loin avec celles de la phlébite suppurée.

II. TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS

N'importe quelle veine du petit bassin peut être atteinte; contrairement à la phlébite suppurée, les lésions sont localisées à un ou deux troncs vasculaires et sur un processus le plus souvent limité. Du reste, à l'autopsie, il est difficile de la reconnaître; parfois, cependant, la thrombose partie d'une veine utérine peut s'étendre jusqu'à l'hypogastrique et même l'iliaque primitive, d'où apparition d'une phlegmatia alba dolens.

Dans cette forme de thrombo-phlébite simple, il est difficile de dire si les sinus sont indemnes ou non : nous avons vu que les thromboses sont, en effet, constantes et physiologiques dans les sinus et on ne saurait, à ce niveau, faire la démarcation entre ce qui est physiologique et ce qui est pathologique.

La fréquence relative des diverses localisations est impossible à préciser; cependant, les veines utérines, utéro-vaginales et vésico-vaginales paraissent les plus fréquemment atteintes (JEANNIN); les phlébites du pédicule utéro-ovarien échappent à nos investigations.

Etude clinique.

Cette phlébite simple, sauf dans les cas où elle se complique d'embolies et où elle s'extériorise, a une symptomatologie très pauvre. Nous lui décrivons deux aspects cliniques (CHOMÉ).

1° *Une forme latente*, dans laquelle les signes sont réduits au minimum; elles est souvent ignorée dans toute son évolution; le début en est progressif et insidieux par des signes de légère endométrite avec fétidité des lochies et petite réaction fébrile.

Les *signes généraux* sont très vagues : on est en présence d'une infection utérine très atténuée :

a) La température oscille légèrement autour de 38 avec des poussées passagères plus importantes à 39 et même 39°5, qui peuvent s'accompagner de légers frissons isolés et rares, qui n'ont jamais, en tout cas, l'allure dramatique de ceux que nous verrons plus loin dans les phlébites suppurées; par moments, la température redescend même passagèrement à la normale;

b) Le pouls est le plus souvent accéléré d'une façon permanente, dissocié légèrement d'avec la température, souvent instable.

Dans certains cas, tout à fait inconstants du reste, on peut mettre en évidence le pouls « grimpañt par échelons successifs », décrit par MAHLER. Quand ce signe existe, il a une haute valeur séméiologique;

c) L'état général est bon; les signes d'infection sont réduits au minimum. Parfois, on note à la longue un peu d'amaigrissement, de fatigue, d'asthénie avec quelques troubles digestifs.

Enfin, la malade se plaint quelquefois de vagues douleurs abdominales qui peuvent survenir par crises intermittentes et irrégulières.

Mais, dans bien des cas, ces signes sont si légers qu'ils passent inaperçus et c'est l'embolie qui est le premier signe clinique de l'affection.

2° *La forme embolique.*

L'embolie peut être le premier signe de la phlébite pelvienne ou bien elle est précédée des signes infectieux que nous venons d'exposer. M. JEANNIN insiste sur le rôle princeps de la tranchée utérine dans sa production.

La tranchée utérine est, en effet, « un coup de sécateur » donné dans un caillot qui se trouve dans la paroi utérine; « si le caillot est bien adhérent, bien organisé, il ne bouge pas; » « s'il est encore trop mou et surtout s'il s'étend au delà de la paroi murale de l'utérus, la tranchée le sectionne et en libère une portion. Et l'on comprend l'exemple à jamais tragique de la femme mourant d'embolie au moment où elle donne le sein, parce que la tétée réveille les contractions utérines qui détacheront à ce moment précis l'embolie. »

Rarement, cependant, on observe la grande embolie classique, dramatique et d'emblée mortelle; le plus souvent, il s'agit de petites ou même de moyennes embolies qui se répéteront à plusieurs jours d'intervalle.

Tantôt, elles s'accompagnent du tableau classique de l'infarctus avec son point de côté brutal et inopiné, sa dyspnée, ses crachats hémoptoïques si spéciaux, ses signes stéthoscopiques particuliers et le diagnostic en est alors évident.

Mais elles peuvent être si discrètes qu'elles pourraient faire songer, surtout quand les crachats sanglants font défaut, à une affection pulmonaire primitive : on se trouve alors en présence de signes de congestion pulmonaire, de fluxion, de broncho-pneumonie, dont la cause véritable échappe, et l'on peut même penser à une tuberculose, à une grippe.

Evolution générale.

Elle se fait souvent par poussées successives : les frissons, s'il existaient, s'espacent de plus en plus, à mesure que la phlébite évolue, mais il faut insister sur ce fait que la durée de cette affection est assez longue : trois à six semaines et plus. La température est longtemps subfébrile, le pouls longtemps irrégulier.

Enfin, il ne faut pas oublier que la phlébite, après avoir été purement pelvienne, peut s'extérioriser à un moment donné, en général tardif, après avoir gagné les gros troncs veineux du membre inférieur : ce qui augmente la durée de la maladie.

Ces phlébites extériorisées, sont, dans la règle, peu douloureuses et se traduisent par un léger œdème, mais souvent elles prennent le type de phlébite à bascule.

Formes cliniques.

1° A côté de cette forme simple de phlébite infectieuse, il convient de ranger, comme nous le signalions plus haut, la thrombose dite aseptique ou « pathologique sans infection », de pathogénie du reste discutée, mais liée à l'extension anormale hors de l'utérus de la thrombose pathologique normale des sinus. Cliniquement cette variété de thrombose, encore appelée thrombose anatomique, peut passer totalement inaperçue puisque, par définition, il n'y a pas de signes infectieux. Dans certains cas, cependant, la malade est emportée précocement, inopinément et brusquement par une embolie massive et brutale, réalisant le tableau classique de la grosse embolie, et, cependant, pas le moindre signe d'infection utérine n'avait précédé cet accident dramatique et n'avait permis de le redouter. La malade n'avait présenté ni température, ni fétidité des lochies, la courbe du

pouls avait été normale ou à peu près et la régression utérine avait paru se faire d'une façon régulière.

2° Il faut également rappeler que tous les intermédiaires existent, d'autre part, entre la phlébite simple et la phlébite suppurée.

Pronostic.

Il est bénin, dans l'immense majorité des cas; la guérison finit par survenir spontanément, mais elle est longue. Le seul danger véritable est l'embolie, mais la grosse embolie mortelle est, en somme, rare. Les petites embolies ne sont sérieuses que par leur répétition qui peut être le point de départ de lésions étendues et graves du côté du poumon.

Diagnostic.

Il est difficile, en l'absence d'embolies.

I. DIAGNOSTIC POSITIF

En présence d'une accouchée présentant une fièvre modérée mais persistant pendant des semaines, on doit penser à la phlébite infectieuse et on fera un examen soigneux de la zone génitale. L'attention peut être, du reste, attirée par de vagues douleurs abdominales.

A la palpation, l'utérus est souvent resté gros, mal involué et douloureux au niveau d'un des angles.

Au toucher combiné au palper :

A) *En cas de phlébite du pédicule utérin inférieur et des branches de l'hypogastrique*, le toucher permet, dans l'immense majorité des cas, de sentir nettement les cordons veineux thrombosés; cette recherche doit être prudente, douce et délicate, à cause de la crainte toujours possible des embolies.

Le cul-de-sac du côté malade est douloureux à la pression, quelquefois un peu induré, moins souple, mais c'est au contact de la paroi pelvienne que l'on doit chercher les veines thrombosées; un peu au-dessus et en arrière de l'épine sciatique, on sent comme un nœud auquel aboutissent plusieurs cordons plus ou moins épais. Celui qu'on sent le plus facilement se dirige en avant vers le pubis ou le trou obturateur (veine vésicale, veine utéro-vaginale, veine obturatrice). On peut sentir plus difficilement sur un plan postérieur un cordon se dirigeant vers la base du ligament large où il se perd dans une gangue fibreuse : c'est le cordon de la veine utérine.

Ces cordons sont sensibles, immobiles, comme plaqués contre la paroi pelvienne.

B) *En cas de phlébite des veines utéro-ovariennes*, elles sont inaccessibles au toucher, car trop hautes; en général, elles échappent à toute investigation et, partant, sont souvent méconnues. Cependant, d'après certains auteurs (THOMAS), on peut quelquefois sentir, à travers la paroi abdominale, les veines du pédicule supérieur de l'utérus thrombosées sous forme de cordons filant de l'angle utérin vers l'ombilic.

Mais, bien souvent, on ne peut mettre nettement ces signes en évidence à l'examen physique et, tantôt la phlébite est et restera méconnue ou simplement soupçonnée, tantôt l'apparition d'une embolie viendra éclairer le diagnostic et même attirer l'attention sur l'existence de la lésion ignorée jusque-là.

II. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A) *Diagnostic de la phlébite pelvienne ne s'accompagnant pas d'embolies.*

1° Si l'examen physique ne met pas en évidence des signes de phlébite pelvienne, ce qui est, du reste, la règle en cas de phlébite des veines utéro-ovariennes, toutes les erreurs de diagnostic sont possibles : on pourra penser à une affection utérine banale, mais la persistance anormale de la température doit mettre en éveil; sinon, en présence des signes infectieux légers mais persistants, on pourra être amené à soulever l'hypothèse d'une maladie générale : typhoïde, tuberculose.

La colibacillose sera reconnue par l'examen des urines.

2° Si l'examen physique décèle des lésions para-utérines, le diagnostic doit se faire avec :

a) Une simple infiltration ou un phlegmon de la base du ligament large;

b) Une salpingite.

Mais alors les signes trouvés sont beaucoup plus importants qu'en cas de phlébite simple et, en tout cas, les signes généraux sont plus marqués.

B) *Il y a des accidents pulmonaires au cours des suites de couches.*

M. JEANNIN insiste sur ce fait que « tout accident pulmonaire, tant qu'il n'aura pas fait sa preuve, survenant au cours des suites de couches, doit être suspecté d'embolie et qu'il faudra en rechercher le point de départ. »

Il va sans dire qu'en présence d'embolies nettement caractérisées pendant les suites de couches, on pensera immédiatement à la phlébite pelvienne, si la malade ne présente pas déjà une lésion veineuse extériorisée, mais nous avons vu que, souvent, les

embolies étaient si discrètes qu'elles pouvaient passer inaperçues. Elles créent des lésions secondaires et des sequelles, qui, au moment où elles se manifesteront cliniquement et attireront l'attention, pourront faire croire, si on n'est pas averti, à une affection pleuro-pulmonaire autonome, telle que : pleurésie, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie et même tuberculose.

Conduite à tenir.

C'est celle des phlébites des membres inférieurs : le traitement général est inutile, puisqu'il s'agit d'une forme atténuée d'infection puerpérale. Pour s'efforcer d'empêcher les embolies, on immobilisera donc la malade, en faisant remarquer que l'immobilisation ne doit pas être aussi rigoureuse qu'en cas de phlegmatia alba dolens. On gardera la malade au lit aussi longtemps que la température et le pouls ne seront pas revenus définitivement à la normale et qu'on perçoit encore les cordons veineux au toucher.

DEUXIÈME PARTIE

Les Thrombo-Phlébites Utéro-Pelviennes suppurées

Cette forme est la plus intéressante des phlébites utéro-pelviennes. C'est une forme grave d'infection puerpérale contre laquelle la thérapeutique médicale est pratiquement inopérante.

Définition et individualisation de la phlébite pelvienne suppurée.

La phlébite pelvienne suppurée existe, nul n'a jamais songé à le nier. La fréquence même de telles lésions est démontrée jusqu'à l'évidence par d'innombrables constatations faites tant sur le vivant, au cours d'interventions, que sur le cadavre, au cours d'autopsies. La suppuration des veines est même très fréquente au cours de l'infection puerpérale, il est de notion courante, en effet, que celle-ci frappe volontiers, le système veineux.

Mais il est un point qui a été longtemps discuté et qui est encore discuté par quelques auteurs : Doit-on accorder une entité anatomoclinique distincte à la thrombo-phlébite suppurée ou doit-on la considérer comme une des formes de la grande infection

puerpérale généralisée d'ordre septicémique ou septico-pyohémique ? Très longtemps, en effet, on a considéré la phlébite utéro-pelvienne comme une variété de la pyohémie puerpérale. Ce sont MM. JEANNIN, VANVERTS et PAUCOT qui ont bien montré, en 1912, qu'elle pouvait exister en tant « qu'entité anatomo-clinique et qu'affection locale » distincte de l'infection veineuse généralisée.

C'est ce point de vue capital qu'ont encore soutenu MM. LEQUEUX et CHOMÉ, au Congrès de la Fièvre Puerpérale de Strasbourg, contre MM. SCHICKELÉ, REEB, SHOCKAERT et DEELS, qui ne voient, « dans les thromboses pelviennes suppurées, qu'une phase ou une partie de l'infection généralisée ». Jamais, d'après eux, la localisation de l'infection n'est si limitée; rarement l'infection des veines domine à tel point qu'elle permette un diagnostic, et ces thromboses ne seraient qu'une forme particulière de l'infection puerpérale et de sa localisation.

Cependant, il nous paraît légitime d'accorder à la phlébite suppurée pelvienne une place à part, place intermédiaire entre les phlébites puerpérales simples et les infections sanguines généralisées : elle peut exister à l'état isolé, sans s'accompagner de septicémie à proprement parler; elle doit être considérée comme une entité anatomo-clinique distincte, comme une infection veineuse qui reste maladie *locale* pendant la totalité ou la plus grande partie de son évolution : elle doit donc être séparée de la septicémie puerpérale.

La clinique le prouve :

a) Bactériologiquement, au cours de la phlébite pelvienne suppurée, nous verrons que les hémocultures faites en série sont toujours négatives; elles peuvent être positives, mais ce n'est qu'au moment ou dans les heures qui suivent les frissons. Le streptocoque reste localisé au foyer de suppuration veineux et ne passe dans le courant sanguin qu'à des moments très passagers, fugitifs et éphémères : il n'est pas acclimaté au sang et ne peut

y vivre. Au contraire, en cas de septicémie puerpérale, les hémocultures faites en série donnent toujours un résultat positif et ceci d'une façon constante : le streptocoque, ici, vit dans le sang;

b) Cliniquement, la phlébite suppurée évolue comme une affection locale et nous verrons, à l'étude symptomatique, combien l'état général reste bon en dehors des frissons qui traduisent la bactériémie transitoire. Il est même parfois si peu touché qu'on ne croit pas à la gravité de l'affection. Ceci est compréhensible : l'organisme n'est pas envahi et imprégné par les microbes et leurs toxines, puisqu'on ne se trouve pas en présence d'une septicémie.

En cas de septicémie puerpérale, au contraire, l'état général est d'emblée et gravement atteint d'une façon permanente, les troubles facilement mis en évidence de tous les viscères traduisent la toxi-infection générale de l'organisme;

c) Enfin, l'évolution de la phlébite pelvienne suppurée est bien différente de la septicémie :

Dans le premier cas, la malade succombe par asphyxie et infection du poumon, dues aux embolies septiques répétées parties du foyer veineux. Elle meurt comme une pulmonaire; ses autres fonctions sont à peu près intactes.

Dans le deuxième cas, on assiste à l'envahissement progressif de tous les organes par l'infection; en un mot, la malade meurt au milieu de phénomènes toxi-infectieux généralisés.

Nous préciserons, au cours de l'étude qui va suivre, tous ces points fondamentaux qui impriment à la thrombo-phlébite pelvienne suppurée un caractère bien spécial.

Fréquence.

Toutes les statistiques connues s'accordent à montrer la grande fréquence relative de la thrombo-phlébite suppurée : c'est une des formes les plus fréquemment mortelles de la fièvre

puerpérale avec la septicémie et la péritonite. Il est, du reste, impossible de donner des chiffres exacts, car nous ne connaissons pas les cas qui guérissent, mais c'est une forme fréquente par rapport aux autres formes graves d'infection puerpérale.

BÉHIER, sur 145 autopsies, avait trouvé 141 fois du pus dans les veines.

NÉBEL, 19 phlébites sur 43 autopsies.

KNEIDE, 20 phlébites pures sur 80 autopsies.

SEEGERT, 31 phlébites sur 80 autopsies.

FAIX, 6 phlébites pures sur 18 autopsies.

Dans les statistiques plus récentes de MM. LEQUEUX et CHOMÉ, 27 cas sur 52 autopsies, de malades mortes d'infections puerpérales.

Il paraît donc à peu près certain que la moitié des malades qui meurent d'infection puerpérale succombent à la phlébite suppurée.

Statistique.

Au pavillon Siredey, pavillon d'isolement de la Maternité de la Pitié, en 6 ans (1924-1929), 1.850 femmes ont été hospitalisées pour suites de couches fébriles :

Nous avons noté :

60 Péritonites	Proportion, 3,24 %
52 Septicémies	Proportion, 2,81 %
26 Phlébites suppurées . . .	Proportion, 1,40 %

A titre de comparaison avec ces chiffres de grave infection puerpérale, indiquons qu'il y a eu 190 endométrites légères : proportion, 10,2 %.

Anatomie Pathologique des Thrombo-Phlébites Pelviennes suppurées

I. - Description anatomique des lésions phlébitiques.

A) LÉSIONS VEINEUSES.

a) Macroscopiquement, les parois sont épaissies, cartonnées, entourées d'une gangue de périphlébite plus ou moins étendue;

b) Histologiquement, il est presque impossible de reconnaître les éléments constitutifs de la paroi veineuse : toute celle-ci est transformée en une véritable membrane pyogénique dans l'épaisseur de laquelle on trouve du streptocoque dans la plupart des cas. Il s'agit donc d'une endo-périphlébite suppurée avec abcès occupant non seulement la lumière vasculaire, mais aussi leur périphérie (JEANNIN).

B. LE CAILLOT est, en effet, franchement suppuré. La lumière du vaisseau est obstruée par un mélange de pus et de caillots ramollis d'aspect sale et, même, dans certains cas, par du pus franc bien lié, souvent très liquide. Il existe toujours au-dessus un thrombus rouge plus ou moins étendu.

II. - Etude topographique et étendue des lésions.

Celles-ci peuvent se localiser en tout point du système veineux pelvien; chaque territoire veineux peut être intéressé isolément ou bien plusieurs d'entre eux peuvent l'être à la fois. D'une façon générale, les veines sont intéressées sur un trajet beaucoup plus long qu'en cas de phlébite simple.

Anatomiquement, il est légitime de décrire la thrombo-phlébite suppurée sous deux formes différentes :

Dans l'une, les lésions sont cantonnées aux sinus utérins (métro-phlébite de Siredey).

Dans l'autre, les lésions sont localisées aux troncs veineux pelviens et les sinus sont alors : soit indemnes, soit lésés.

A. LA MÉTROPHLÉBITE est la phlébite des sinus; bien que lésion prédominante, cette phlébite est rarement isolée, mais accompagnée de lésions plus ou moins étendues de lymphangite, d'endométrite et de métrite qui se combinent en proportion variable.

Cette métrophlébite pure, sans atteinte des troncs veineux, paraît du reste rare (2 cas sur 27 dans la statistique de MM. LEQUEUX et CHOMÉ).

Macroscopiquement, l'utérus, dans cette forme de phlébite, peut se présenter sous deux aspects différents :

a) Il peut être gros, mou, avec une surface utérine irrégulière et tomenteuse; c'est le cas le plus fréquent. A la coupe, le muscle est friable et l'on voit les sinus béants gorgés de pus.

b) Il peut être petit, paraissant involuer normalement, mais à la coupe, on trouve du pus dans les sinus, surtout au niveau de l'aire placentaire (peut-être plus particulièrement, d'après M. CHOMÉ au niveau des angles utérins).



Phlébite du pédicule supérieur (d'après HOUEL)

Enfin, il convient de remarquer que la métrophlébite ne constitue qu'exceptionnellement la première étape vers l'atteinte des gros troncs veineux eux-mêmes.

B) LA PHLÉBITE DES GROS TRONCS VEINEUX PELVIENS est la forme de beaucoup la plus fréquente.

Elle s'accompagne rarement de métrophlébite : en effet, au cours des lésions suppuratives des veines à distance de l'utérus, les sinus sont le plus souvent indemnes (21 fois sur 27). L'absence presque de règle des lésions des veines de l'utérus et des éléments constitutifs de la paroi de cet organe au cours de la phlébite pelvienne, a un intérêt pratique capital pour le traitement. Comme nous le verrons, l'hystérectomie ne doit pas être systématiquement combinée aux résections et aux ligatures veineuses.

On peut distinguer (CHOMÉ) 3 formes topographiques de thrombo-phlébite des veines pelviennes :

- 1° Une forme supérieure;
- 2° Une forme inférieure;
- 3° Une forme mixte plus ou moins généralisée, s'opposant aux deux formes précédentes qui sont des formes limitées.

Cette division, peut-être un peu schématique, a son intérêt clinique et thérapeutique.

1° *Phlébites pelviennes supérieures.*

Toutes les statistiques (MM. JEANNIN, VANVERTS, PAUCOT, LEQUEUX, CHOMÉ), montrent que la phlébite des veines du pédicule supérieur (veines utéro-ovariennes et plexus pampiniforme), est de beaucoup la plus fréquente (18 fois sur 27 dans la statistique de MM. LEQUEUX et CHOMÉ).

Les veines utéro-ovariennes sont souvent thrombosées et suppurées sur toute leur étendue; les lésions s'arrêtant généralement non loin de leur abouchement dans la veine cave à droite, la

veine rénale à gauche, mais ceci n'est pas un fait constant. Quelquefois, elles ne sont localisées qu'à un segment de la veine, en particulier au plexus pampiniforme; rarement les lésions sont bilatérales (4 fois sur 10). Le plus souvent, elles ne siègent que d'un côté et le plus souvent à droite (13 fois sur 18).

Enfin, comme nous le verrons, la phlébite du pédicule supérieur s'accompagne rarement de lésions de voisinage (sauf, parfois, de péritonite) et si elles coexistent, elles sont toujours moins importantes qu'en cas de phlébite inférieure : ceci comporte un gros intérêt opératoire.

2° Phlébites pelviennes inférieures.

Cette forme, relativement rare à l'état isolé, est beaucoup moins fréquente que la précédente (7 fois sur 27). Elle est localisée aux branches inférieures de l'hypogastrique (veines utéro-vaginales et surtout les veines de la base du ligament large), mais bien souvent les lésions remontent jusqu'au tronc des veines hypogastriques; elles peuvent aussi atteindre les veines iliaques primitives et même la veine cave inférieure. De plus, les lésions sont fréquemment bilatérales.

Mais ce qui distingue nettement cette variété de phlébite, c'est la présence quasi constante de lésions de voisinage associées (périphlébite, phlegmon du ligament large, pelvi-péritonite) qui, comme nous le verrons, peuvent créer des difficultés opératoires plus ou moins sérieuses.

3° Formes mixtes plus ou moins généralisées des phlébites pelviennes.

Dans certains cas, les lésions ne sont pas aussi limitées que nous venons de le décrire à un pédicule ou à un segment de pédicule; les deux côtés peuvent être lésés à la fois. Dans d'autres cas, les pédicules supérieur et inférieur sont atteints simultanément



Phlébite bilatérale du pédicule inférieur (d'après HOUEL)

d'un côté (5 fois sur 27 d'après M. CHOMÉ), ou, enfin, plusieurs troncs distincts à la fois. On a signalé, en effet, des cas où la thrombo-phlébite s'étendait à la plus grande partie ou même à la totalité du système veineux pelvien (cas, de WALLACE, de FREUND, de LÉOPOLD) et même si on a signalé des cas rarissimes de généralisation du processus phlébitique (cas de HOCHÉ où le caillot avait atteint, par la veine cave et le cœur, l'artère pulmonaire), il n'est pas exceptionnel de voir les lésions s'étendre à la veine cave inférieure sur une plus ou moins grande étendue (cas de MM. VANVERTS et PAUCOT, cas récent de M. CHOMÉ où la veine cave était lésée sur une hauteur de 10 cm.).

A côté de ces thromboses étendues, KOEHLER et EHRENFEST insistent sur les cas de thromboses « discontinues et essayées » rapportant un exemple où la phlébite siégeait à la fois sur la veine spermatique droite et la veine iliaque primitive gauche avec une périphlébite suppurée de la veine cave inférieure; dans un autre de leurs cas, la veine rénale gauche et la veine spermatique droite étaient atteintes.

Tous ces faits sont intéressants à connaître pour les indications de traitement chirurgical des thrombo-phlébites suppurées : indications et contre-indications d'une part et, d'autre part, si on intervient, discussion du point où la ligature devra être pratiquée.

III. = Les lésions de voisinage.

A l'intervention ou à l'autopsie, on est frappé de ce fait que, le plus souvent, on ne trouve pas de lésions graves du côté de l'abdomen. Les signes de péritonite (adhérences, fausses membranes, congestion péritonéale) manquent le plus souvent; de même, les organes génitaux paraissent le plus souvent normaux au premier abord.

Cette absence de lésions de voisinage est surtout vraie pour les phlébites du pédicule supérieur. Mais au niveau du pédicule inférieur, les lésions de voisinage sont très fréquentes et plus ou moins importantes. En effet, à ce niveau :

1° Les veines thrombosées sont entourées d'une sorte de gangue de tissu inflammatoire qui les soude à l'artère et rend leur dissection difficile et dangereuse, parfois impossible. A un degré plus élevé, il arrive que les veines sont entourées de véritables périphlébites échelonnées.

A côté de cette périphlébite :

2° Les suppurations du ligament large sont fréquemment associées, réalisant le phlegmon de la base du ligament large (quelquefois, il ne s'agit, du reste, que d'une simple infiltration diffuse des ligaments larges sans suppuration). La richesse du tissu cellulaire de la base du ligament large explique la fréquence de ces lésions (sa pauvreté au niveau de la partie supérieure explique la rareté ou même l'impossibilité anatomique des phlegmons du faîte du ligament large en cas de phlébite supérieure).

3° A un degré plus avancé, on trouvera des lésions de péritonite, rarement généralisée du reste. Le plus souvent, il s'agit de pelvi-péritonite. Ces cas de péritonite accompagnent généralement les cas de thrombo-phlébite à évolution suraiguë.

4° Enfin, on peut trouver des suppurations ovariennes sous forme d'abcès petits et multiples disséminés, de volume variable, et siégeant profondément en plein stroma ovarien près du hile (CHOMÉ).

Mais il existe des cas où la phlébite inférieure existe presque à l'état pur, les lésions de voisinage étant nulles ou du moins réduites au minimum, comme au niveau du pédicule supérieur. La phlébite pelvienne, alors même qu'elle est supprimée, n'a que



Phlébite pelvienne mixte

peu de tendance à s'étendre au tissu cellulaire périveineux (JEAN NIN).

La notion de présence de ces réactions inflammatoires, si fréquentes au niveau du pédicule inférieur expliquent la difficulté opératoire particulière de cette forme basse de phlébite. L'isolement de la veine est considérablement gêné et, le plus souvent impossible. On risque, en ce faisant, d'ouvrir des collections suppurées plus ou moins étendues, ou de provoquer des déchirures étendues des troncs artériels adhérents aux troncs veineux. C'est pour ces raisons que, comme nous le verrons ultérieurement, il faut, en cas de phlébite inférieure, porter la ligature veineuse en zone saine, loin de la zone suppurée.

IV. = Lésions à distance.

Elles sont dues aux embolies septiques plus ou moins grosses issues du foyer suppuré, qui sont passées dans le torrent circulatoire et ont essaimé dans l'organisme et les différents viscères où elles produisent des foyers de suppuration plus ou moins étendus.

Sans contredit, les métastases pulmonaires et pleurales doivent être placées au premier rang comme fréquence, et M. CHOMÉ insiste sur ce fait qu'elles sont, sinon *constantes*, du moins extraordinairement fréquentes au cours des phlébites pelviennes suppurées, et que la grande majorité des malades atteintes de cette affection meurent du poumon.

Les foyers suppurés pulmonaires peuvent être miliaires ou plus ou moins gros : ils peuvent prendre parfois l'allure gangréneuse, mais surtout ce qui les caractérise, c'est leur dissémination : les deux poumons en paraissent souvent véritablement criblés. Ils siègent le plus habituellement à la surface du poumon et s'accompagnent de pleurésie purulente très fréquemment.



Phlébite généralisée (HOUEL)

Ces métastases pulmonaires quasi constantes sont bien souvent les seules rencontrées au cours de la thrombo-phlébite suppurée, à l'exclusion d'autres localisations viscérales suppurées. Mais ceci n'est pas une règle absolue et il est des cas où des embolies peu volumineuses ou mieux simplement microbiennes dépassent les capillaires du poumon et vont constituer, bien souvent du reste, grâce à la formation secondaire d'une endocardite ulcéro-végétante, des foyers suppurés dans divers organes par l'intermédiaire de la grande circulation (rate, foie, reins, myocarde, œil, cerveau, articulations).

Donc, à côté des localisations pleuro-pulmonaires qui demeurent les plus fréquentes au cours de la thrombo-phlébite suppurée, on peut rencontrer des foyers suppurés en un point quelconque de l'organisme et alors l'affection revêt le tableau typique de la phlébite infectante qu'avant si bien décrit M. BAR.

Notons, enfin, que ces complications d'ordre embolique sont toujours d'un pronostic excessivement grave, au cours de l'évolution de la phlébite suppurée : en général, elles surviennent assez tardivement comme mode de terminaison de la maladie et pratiquement leur apparition signifie un arrêt de mort plus ou moins prochain, quoiqu'on fasse. C'est donc avant tout pour prévenir leur production qu'on préconise comme logique et légitime, la ligature veineuse dans le traitement de la thrombo-phlébite suppurée dont l'évolution laissée à elle-même doit être considérée comme fatale à plus ou moins brève échéance.

Symptômes de la Thrombo-Phlébite Utéro-Pelvienne suppurée

La thrombo-phlébite pelvienne suppurée, que l'on peut nettement individualiser comme une forme particulière et autonome parmi les modalités si diverses que peut revêtir la fièvre puerpérale, va se présenter en clinique sous plusieurs aspects différents.

Nous décrirons tout d'abord la forme la plus typique, si l'on peut dire, la *forme lente de la phlébite utéro-pelvienne*, se manifestant relativement tardivement après l'accouchement et évoluant assez longuement. C'est dans cette forme que le traitement chirurgical institué au moment opportun a les plus grandes chances d'apporter une évolution favorable, car laissée à elle-même, l'affection aboutit presque inévitablement à la mort.

Schématiquement, on peut décrire trois périodes à la maladie, périodes qui, du reste, ne sont pas nettement tranchées en clinique.

1° Période de début ou période préphlébitique.

Cette période est essentiellement caractérisée par des signes d'infection utérine pendant les suites de couches, infection qui paraît du reste le plus souvent légère.

L'accouchement ou l'avortement ont pu, dans bien des cas même, avoir une évolution tout à fait normale mais bien souvent, le travail a été laborieux, dystocique, a nécessité des interventions plus ou moins pénibles. Bien souvent, également, la femme a

saigné. On a été obligé de faire une délivrance artificielle ou bien, s'il s'agit d'un avortement, il a fallu procéder à un curetage pour rétention partielle du placenta.

Cette endométrite du post-partum ou du post-abortum d'allure banale, qui s'accompagne de fétidité des lochies, n'alarme pas généralement outre mesure; l'état général n'est pas autrement touché, il y a un peu d'insomnie et d'inappétence, mais M. JEAN-NIN insiste sur deux signes qui sont en désaccord avec cette infection d'apparence bénigne : *la pâleur spéciale de ces malades*, d'une part, et, d'autre part, *l'instabilité ou la rapidité permanente du pouls* en discordance avec la courbe thermique. Cette période va durer en moyenne 7 à 15 jours. On ne pense pas à la localisation veineuse au cours de cette phase utérine sans gravité apparente, lorsqu'apparaît le *frisson* avec sa brusque ascension thermique qui, par sa répétition à intervalles variables, va constituer un des éléments de diagnostic les plus importants de la maladie.

II. - Période d'état ou période de phlébite confirmée.

Il est commode d'étudier successivement :

Les signes généraux;

Les signes physiques.

A) LES SIGNES GÉNÉRAUX

1° *La température.* — La courbe thermique va présenter des caractéristiques frappantes : la fièvre est irrégulière et intermittente; elle décrit des oscillations plus ou moins étendues,

survenant à des moments variables, espacés par des périodes d'apyrexie plus ou moins complète, qui peuvent durer plusieurs jours.

Les ascensions à 40° et plus sont brusques et peuvent se renouveler plusieurs fois dans la même journée, suivies de chutes de 3 à 4 degrés, puis, après la série de clochers, la température descend au voisinage de la normale en présentant soit des oscillations de plus en plus faibles à maximum vespéral, soit une courbe descendant qui peut, du reste, être entrecoupée d'un plateau.

Dans l'intervalle de ces poussées, la température est modérée et oscille autour de 38-38°5 pendant un ou quelques jours.

En somme, la courbe thermique est irrégulière, capricieuse, sans « cycle » et instable.

2° Les frissons sont de règle au cours de la thrombophlébite. Les caractères qu'ils revêtent ici constituent un des éléments de diagnostic les plus précieux de la phlébite suppurée.

Leur apparition *tardive* a une grande importance séméiologique, car ils sont très fréquents au cours de toutes les formes de l'infection puerpérale.

Ils accompagnent les brusques ascensions thermiques; les premiers frissons peuvent être assez discrets, mais en se répétant ils deviennent plus marqués et prennent alors un caractère « solennel ». D'une intensité inouïe, ils peuvent alors durer une demi-heure et même plus. Liés au passage dans le sang des microbes et de leurs toxines, venus du foyer septique veineux, leur nombre, leur intensité et leur répétition sont du reste variables. Si, dans l'immense majorité des cas, ils sont violents et prolongés, ils peuvent être aussi rapides et courts et se borner à un simple frissonnement plus ou moins accusé, avec sensation de froid.

Se répétant à intervalles plus ou moins grands, ils sont d'abord espacés (2 ou 3 jours), puis ils tendent à se rapprocher

de plus en plus à mesure qu'ils deviennent plus violents. Ils peuvent finir par devenir quotidiens.

On ne saurait donc trop insister sur la valeur capitale qu'acquiert l'apparition tardive de frissons répétés et violents au cours d'une infection puerpérale d'apparence atténuée; avec les clochers thermiques intermittents, les frissons intenses et répétés d'apparition tardive, constituent les deux signes cardinaux de la thrombo-phlébite pelvienne suppurée.

Et l'on pourrait dire que les autres signes généraux ont presque une importance secondaire.

3° *L'aspect général* est, s'il est permis de s'exprimer ainsi, parallèle à la courbe thermique; il ne paraît touché gravement qu'au moment des frissons.

a) Au moment des frissons, il paraît être des plus sérieux : la malade, saisie d'un froid glacial et terrible, claque des dents, tout son corps est secoué d'un violent tremblement, rien ne peut la réchauffer; elle ne parle que par monosyllabes; elle est anxieuse, pâle et cyanosée, le regard éteint. La peau est sèche, brûlante. En outre, le malaise qu'elle accuse est atroce, avec sensation de prostration extrême.

Le stade de froid est suivi d'un stade de chaleur avec sueurs profuses et, la détente survenant, la malade ressent un grand bien-être; l'état général devient ensuite rapidement satisfaisant.

b) En dehors des frissons, on ne pourrait se croire en présence d'une maladie dont l'organisme est si gravement atteint. L'euphorie est souvent marquée, l'intelligence intacte, la malade se sent bien, a un bon facies, est calme, dort bien et demande à manger. Les fonctions digestives et urinaires s'accomplissent normalement. La tension artérielle est bonne.

Ces accalmies, « véritablement traîtresses », où l'état général paraît si peu atteint, contribuent encore à donner à cette forme d'infection puerpérale, un aspect si particulier, du reste facile à

comprendre puisqu'il s'agit, comme nous le préciserons plus loin, d'une « septicémie intermittente », d'une « pyohémie simple chronique »; aucune fonction n'est troublée, puisqu'il ne s'agit pas d'une septicémie, mais que revienne une frisson, ces femmes, qui ne paraissent pas très affectées, reprennent temporairement un aspect de grande et grave infection.

4° *Le pouls* suit aussi une marche irrégulière : rarement, il est ici grim pant comme dans les phlébites non suppurées. Dans la règle, il est irrégulier et instable et dans l'immense majorité des cas, non parallèle à la courbe thermique; il serait même « dissocié » jusqu'à un certain point (HOUEL). Il ne suit jamais complètement la température dans ses rémissions et demeure anormalement rapide, souvent capricieux, il peut, par moments, être parallèle à la température, et à d'autres, s'en écarter.

Il reste bien souvent longtemps satisfaisant, ample et bien frappé, sauf au moment des frissons, où il est incomptable. M. JEANNIN insiste sur ce fait que son accélération progressive au cours d'une thrombo-phlébite pelvienne, est un signe prémonitoire d'embolie pulmonaire.

B) LES SIGNES PHYSIQUES

Spontanément, on peut dire que ces malades souffrent peu et même pas du tout au niveau de leur bas-ventre. Dans certains cas, elles peuvent accuser une douleur vague, du reste peu intense.

On peut rencontrer du ballonnement abdominal, signe du reste inconstant et banal au cours des suites de couches et des autres formes d'infection puerpérale et, en tout cas, non caractéristique de la phlébite suppurée, comme certains auteurs ont voulu l'affirmer.

Les symptômes physiques qu'on pourra être amené à trouver au toucher et au palper varient suivant le siège des veines atteintes. Mais, avant de les étudier, il importe, avant tout, de noter que, bien souvent, ils sont difficiles à interpréter. Comme nous allons le voir, la fréquente coexistence en cas de phlébite inférieure de lésions étendues de voisinage, l'inaccessibilité des lésions au toucher en cas de phlébite supérieure empêchent de percevoir nettement, dans les deux cas, les veines enflammées.

1° *En cas de thrombo-phlébite du pédicule supérieur (veines utéro-ovariennes).*

On peut alors percevoir, dans certains cas heureux, une zone douloureuse à la palpation de l'hypogastre sur le trajet de ces veines, sur une ligne partant de la corne utérine et remontant vers l'hypochondre en restant à 2 ou 3 cm. à distance de l'ombilic.

La palpation ne donne généralement pas de résultats plus probants car les vaisseaux sont profonds et bien souvent l'épaisseur ou la défense de la paroi abdominale, le ballonnement, gênent considérablement l'examen. Cependant, certains auteurs ont pu mettre en évidence, chez les femmes à paroi mince et flasque, une dilatation fusiforme et douloureuse, en palpant profondément et progressivement au niveau de la zone que nous venons d'indiquer.

Ajoutons enfin que les veines utéro-ovariennes sont trop élevées pour être accessibles au toucher vaginal.

Cependant, dans les cas heureux, on peut percevoir un empâtement douloureux dans la partie interne et haute du ligament large, à côté de la corne utérine.

2° *Thrombo-phlébite du pédicule inférieur.*

Si, dans certaines circonstances, du reste rares, on a pu, comme en cas de phlébites simples, percevoir nettement les veines

enflammées et thrombosées (thrombo-phlébite existant à l'état isolé) sous forme de tuméfactions allongées, circonscrites, peu volumineuses, modérément douloureuses au toucher et laissant les culs-de-sac vaginaux intacts et non indurés, il n'en est pas ainsi dans l'immense majorité des cas. L'importance et la diffusion des lésions périveineuses de voisinage empêchent de sentir les cordons veineux bien individualisés. En effet, on trouve au toucher, le plus souvent, une infiltration plus ou moins importante de la base du ligament large s'étendant des parois du vagin (infiltration des culs-de-sac) à la paroi pelvienne. Cependant, M. JEANNIN considère que, dans beaucoup de cas, les lésions de voisinage ne sont pas assez importantes et dominantes pour qu'on ne puisse percevoir les veines enflammées par un examen soigneux, prudent et approfondi.

3° *L'examen de l'utérus* montre qu'il est généralement gros, mou, douloureux en subinvolution à cause de la métrite concomitante (mais bien souvent volume et consistance sont normaux).

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur la valeur qu'avait la constatation d'une douleur persistante au niveau d'un des bords ou des angles utérins, correspondant au côté de la thrombose.

Enfin, lorsque le processus phlébitique reste cantonné à l'utérus, on ne trouve, à la palpation bimanuelle, qu'un utérus anormalement gros, mou et présentant une douleur diffuse. Ces signes n'ont absolument rien de caractéristique; ils existent dans toute métrite puerpérale banale.

Il résulte de l'étude de ces signes locaux que ceux-ci sont rarement nets et précis; le siège exact des lésions, et encore plus leur étendue, ne pourront être pressentis que d'une façon toute approximative.

Les renseignements tirés de l'examen physique ne tirent donc leur importance que s'ils sont associés aux signes généraux si caractéristiques dans les cas typiques.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce fait que l'examen local devra être conduit avec la plus grande douceur pour éviter tout risque d'embolie.

C) L'HÉMOCULTURE

Cette recherche de laboratoire est de la plus haute importance et donne les renseignements les plus précieux, comme nous le verrons ultérieurement.

On pratiquera les hémocultures en séries et l'on constatera qu'elles sont négatives d'une façon constante. Si elles sont positives, elles ne le sont que temporairement et fugitivement au moment ou mieux dans les heures qui suivent le frisson. On ne se trouve nullement en présence d'une septicémie au sens propre du terme; ici, le sang n'est infecté que d'une façon toute passagère et l'on comprend que la thrombo-phlébite suppurée doit être considérée comme une forme anatomo-clinique spéciale de l'infection puerpérale et distinguée de la septicémie. C'est une infection *locale* avec poussées septicémiques transitoires.

Combien de temps va maintenant durer cette deuxième période ?

En principe, assez longtemps.

La maladie va évoluer en présentant des poussées thermiques s'accompagnant de frissons et de graves signes généraux traduisant l'infection générale de l'organisme; ces poussées, plus ou moins rapprochées sont séparées par des intervalles où la température est presque normale et où l'état général semble véritablement peu touché. Parfois, même, ces accalmies sont si nettes et si longues, l'état général si rassurant pendant longtemps que l'on ne pourrait croire à la gravité de l'affection si l'on n'avait le tableau de la courbe thermique devant les yeux.

Mais, au bout d'un temps variable, deux à quatre semaines en moyenne, la scène va changer progressivement, l'infection, qui était d'abord locale, va se généraliser peu à peu; à mesure que l'infection gagne du terrain, les clochers thermiques et les frissons se rapprochent, les accalmies qui alternaient avec ceux-ci sont rares, courtes et peu franches et l'état général finit par s'altérer progressivement de façon permanente; la malade reste pâle, abattue, ne dort pas, a, très inconstamment cependant, des troubles digestifs (anorexie, vomissements ou simples nausées) et c'est alors que vont survenir plus ou moins tôt les complications emboliques et infectieuses qui, traduisant la pyohémie, vont emporter la malade.

III. = 3^{me} Période ou période des complications.

Cette période des complications se manifeste essentiellement par l'apparition des embolies; leur date d'apparition est, du reste, fort variable; de même qu'elles peuvent être très précoces, elles peuvent être très tardives (un mois et plus après l'accouchement). Ces embolies ont trois caractères principaux :

1° Elles sont en général petites et multiples, « véritable poussière d'embolie »; exceptionnellement, elles sont grosses et massives, se révélant par un tableau dramatique comme dans la thrombo-phlébite simple;

2° Elles sont septiques, elles vont agir non d'une façon mécanique, mais d'une façon « infectante » en créant des foyers de suppuration et des abcès à distance du foyer veineux primitif par essaimage microbien.

3° Elles sont avant tout d'ordre pulmonaire.

Cliniquement, leurs manifestations en seront donc atténuées; le début en est tout ce qu'il y a de plus discret, la malade se met à tousser d'une façon quinteuse et se plaint d'une légère gêne respiratoire. Le point de côté est généralement peu intense, sauf quand les embolies sont sous-pleurales. Il se traduit surtout par une gêne à la fin de l'inspiration, qu'il limite.

L'examen peut mettre en évidence, outre les râles de bronchite disséminés, des foyers plus ou moins nombreux de râles fins en bouffées dans les deux poumons.

Ces embolies d'allure insidieuse et souvent même inaperçues, quant à leur début, vont entraîner, au bout d'un temps variable dépendant de leur nombre, de leur importance et de leur répétition, une véritable broncho-pneumonie avec formation de foyers pulmonaires suppurés ou même gangréneux qui, plus ou moins nombreux, évolueront désormais pour leur propre compte. Bien souvent, un épanchement pleural viendra masquer les lésions pulmonaires sous-jacentes. D'apparition insidieuse, il se développe rapidement et la ponction retire un liquide plus ou moins louche et purulent, fourmillant de streptocoques. Il se reproduit vite si l'on est amené à pratiquer une thoracentèse.

La malade va mourir d'infection pulmonaire et surtout par asphyxie progressive, à mesure que les territoires pulmonaires se prennent, et non par imprégnation toxi-infectieuse généralisée à tout l'organisme, comme dans une septicémie. La dyspnée, la cyanose finissent par être intenses, la température oscille, le pouls est rapide, mais le plus souvent reste longtemps bien frappé. L'état général devient rapidement alarmant dès que la complication pulmonaire s'est manifestée. Le pronostic est alors fatal à plus ou moins brève échéance et la terminaison fatale ne tarde pas à survenir (l'intelligence étant bien souvent conservée remarquablement intacte jusqu'à la fin) au bout d'un laps de temps dont la durée dépend de l'importance, de la rapidité et de l'extension des lésions pleuro-pulmonaires, ainsi que de la résistance

du sujet. Ce n'est donc pas là la façon dont tue la septicémie où *tous* les organes sont frappés par la toxi-infection.

Les embolies peuvent, beaucoup plus rarement il est vrai, se produire dans d'autres organes. C'est alors le tableau classique de la septico-pyohémie classique que nous retrouverons plus loin.

Nous venons de décrire l'évolution habituelle subaiguë de la thrombo-phlébite pelvienne suppurée, durant en moyenne de trois à cinq semaines. C'est dans cette forme que le traitement chirurgical paraît être le plus indiqué et paraît donner les meilleurs résultats, mais nombreuses sont les formes cliniques qu'il convient maintenant d'étudier :

Les Formes cliniques.

Bien que le substratum anatomique des lésions reste à peu près le même, les thrombo-phlébites pelviennes suppurées peuvent revêtir plusieurs aspects cliniques différents :

I. - FORME SUIVANT L'ÉVOLUTION

1° *La forme atténuée à évolution prolongée.*

Les accidents évoluent alors lentement et insidieusement et le début peut en être assez tardif et peut même se faire quand la malade commence à se lever. Les frissons sont rares, espacés, moins violents. L'état général est à peine touché, la température moins élevée.

Dans les cas heureux et d'évolution favorable, les frissons vont s'espacer progressivement, même s'ils étaient fréquents au début; ils deviennent de plus en plus rares et de plus en plus légers et finissent par disparaître complètement.

Les complications pulmonaires, lorsqu'il en survient, ont une tendance suppurative et extensive beaucoup moins marquée que dans la forme typique. Le liquide pleural, en cas de pleurésie, est moins franchement purulent; il est un peu louche et même clair : un simple drainage de la plèvre peut suffire à assurer la guérison.

Cette forme intermédiaire à la thrombo-phlébite simple et à la thrombo-phlébite franchement suppurée, est de pronostic relativement favorable. C'est l'importance des lésions pulmonaires qui règle en grande partie le pronostic.

2° *La forme aiguë à évolution rapide.*

Elle est rare et survient surtout chez les femmes anémiées par de graves hémorragies puerpérales. Son début est remarquablement précoce : dès le deuxième ou le troisième jour des suites de couches, l'aspect général est grave d'emblée; la pâleur est livide, la respiration rapide, anxieuse et superficielle, le pouls extrêmement rapide et mal frappé; les frissons sont précoces, se répètent à de très courts intervalles, sont souvent multiples au cours de la même poussée et sont particulièrement violents; les « accalmies trompeuses » si caractéristiques de la forme subaiguë n'existent pas ici; la malade est en proie à une agitation avec délire aigu, continu et plus ou moins violent ou est plongée dans un état de torpeur voisine du coma. Il s'agit d'une véritable forme typhoïde.

Cette forme aiguë réalise donc une *septicémie veineuse*, dans laquelle l'hémoculture est presque constamment positive et où l'évolution est rapide et toujours fatale : huit jours au plus dans l'hyperthermie ou l'hypothermie avec collapsus. Seule, la répétition des frissons a pu permettre, pendant la vie, de soupçonner la lésion veineuse au milieu de ce tableau d'infection généralisée.

L'autopsie décèle de vastes thromboses étendues pouvant même atteindre la veine cave.

3° *La septico-pyohémie.*

Elle est caractérisée par le nombre et l'importance des foyers suppurés d'origine embolique; ceux-ci peuvent siéger au niveau de n'importe quel organe. Il convient de remarquer que, si, dans la plupart des cas, cette pyohémie « n'est que la traduction clinique de la phlébite utérine (JEANNIN) » (les statistiques de FAIX montrent, en effet que sur 19 cas de pyohémie, 17 fois il y avait lésion veineuse), elle peut, dans certaines circonstances, apparaître au cours de certaines septicémies puerpérales pures avec intégrité des troncs veineux. Cependant, il est incontestable que la phlébite suppurée favorise nettement la formation de foyers secondaires : cette forme septico-pyohémique, aujourd'hui relativement rare, était autrefois assez fréquente. Elle peut survenir dans deux conditions différentes :

a) Elle peut apparaître d'emblée; alors, la phlébite suppurée passe tout à fait au second plan;

b) Elle peut être secondaire et n'apparaître qu'au cours de l'évolution d'une phlébite suppurée à évolution subaiguë.

Dans ce deuxième cas, après une phase plus ou moins longue de « septicémie intermittente », l'infection va se généraliser : l'état général s'altère très rapidement et gravement et reste tel en dehors des frissons. Les malades se présentent comme de grandes infectées avec une pâleur livide et parfois du subictère, une anorexie complète avec langue sèche et diarrhée profuse; elles sont dans un état de stupeur qui rappelle la fièvre typhoïde, la température se met à osciller largement sans revenir à la normale, ou bien tend à se rapprocher du plateau. Le pouls reste constamment très rapide, hypotendu.

Les frissons sont, pour ainsi dire, masqués par cet état d'adynamie et ne se traduisent que par des frissonnements répétés : ils ont, du reste, l'air de s'espacer et de devenir moins fréquents.

Enfin, deux signes caractéristiques vont survenir, qui permettent de poser le diagnostic certain de septico-pyohémie :

a) Des abcès métastatiques multiples vont apparaître au niveau des différents organes (cœur, poumons et plèvre, système nerveux et méninges, organes des sens, foie, rate, reins, tissu cellulaire, parotide, etc...), mais ce sont assurément les localisations infectieuses sur l'appareil respiratoire, qui demeurent encore de beaucoup les plus fréquentes et bien souvent, même en cas de septico-pyohémie d'origine phlébitique, les embolies ne dépassent pas la barrière pulmonaire. Les foyers métastatiques dans les autres organes que le poumon, peuvent, du reste, avoir un point de départ un peu différent suivant les cas :

Tantôt les embolies microbiennes d'origine phlébitique passent le réseau capillaire pulmonaire sans s'y arrêter, tantôt les foyers pulmonaires suppurés sont à l'origine d'autres embolies septiques, qui vont inoculer un autre organe, mais c'est surtout grâce à l'endocardite infectieuse ulcéro-végétante, due elle-même à une localisation infectieuse d'origine septicémique sur l'endocarde, que l'on doit expliquer la multiplicité des foyers suppurés d'ordre embolique dans le domaine de la grande circulation, en cas de septico-pyohémie.

b) *L'hémoculture* pratiquée en série devient positive et ceci d'une façon constante, même en dehors des frissons. La thrombo-phlébite n'est plus désormais une infection locale.

Cette septico-pyohémie, qui est du reste un mode rare de terminaison de la pyohémie simple, va évoluer très rapidement vers la mort, qui est fatale (90 % de mortalité et même plus, d'après les statistiques).

II. - FORMES CLINIQUES D'APRÈS LE SIÈGE ET LE DEGRÉ D'EXTENSION DE LA PHLÉBITE

A) Nous avons décrit, d'après le siège :

1° La phlébite du pédicule inférieur;

2° La phlébite du pédicule supérieur.

3° La métrophlébite ou phlébite cantonnée aux sinus utérins avec gros utérus douloureux;

4° Signalons enfin les phlébites disséminées frappant des veines et plusieurs pédicules différents.

B) *D'après l'extension des lésions, on peut trouver :*

1° *L'extension de la phlébite vers les veines crurales.*

D'après Heidenmann, elle se traduit par des poussées douloureuses latéro-utérines, s'accompagnant de frissons et d'une ascension thermique indiquant les recrudescences successives de la thrombose. La douleur s'étendrait aussi de plus en plus vers le pli de l'aîne, mais en réalité, c'est surtout l'apparition de l'œdème d'un des membres inférieurs qui, joint à l'impotence, indique l'extension crurale des lésions.

2° *L'extension des lésions à la veine cave inférieure a été décrite par LOMBARDINI, HOCHÉ, KRETZ et VANEY.*

a) Si la thrombose atteint le tiers inférieur de la veine cave, on notera l'apparition d'un œdème marqué des deux membres inférieurs et de la paroi abdominale, avec grosse circulation collatérale thoraco-abdominale. Cependant, lorsqu'il s'établit des suppléances suffisantes, le tiers inférieur de la veine cave peut être thrombosé sans qu'il y ait de signes particuliers.

b) Si la thrombose atteint le tiers moyen de la veine cave, l'on voit apparaître (HOCHE), outre l'œdème et la circulation collatérale, de gros troubles rénaux (oligurie, albuminurie massive, signes urémiques) avec douleurs lombaires violentes dues à la thrombose des veines rénales. L'anurie entraîne rapidement la mort.

c) Si la thrombose atteint le tiers supérieur de la veine, des troubles hépatiques viennent encore se surajouter au tableau clinique.

Tous ces cas d'extension de la thrombose deviennent, du reste, exceptionnels en clinique obstétricale. Ils sont, du reste, même à un degré moins avancé, le plus souvent incompatibles avec la vie et au-dessus de tout traitement.

Diagnostic.

Le diagnostic comporte plusieurs étapes que nous envisagerons successivement :

I. - DIAGNOSTIC POSITIF

de la forme typique subaiguë de la thrombo-phlébite pelvienne suppurée

Il est difficile, mais non impossible, à poser et ne présente pas de difficultés insurmontables, comme certains l'ont affirmé. Dans le plus grand nombre de cas, il peut et devra être posé. Rappelons donc les principaux éléments qui permettent d'étayer le diagnostic, bien qu'il n'existe aucun signe absolument pathognomonique de cette forme d'infection puerpérale.

1° L'apparition assez tardive, au cours d'une infection utérine d'allure banale des suites de couches, de frissons intenses se répétant à intervalles irréguliers plus ou moins brefs, qui tendent à augmenter de violence et à se rapprocher; on rencontre bien des frissons en cours des diverses formes de l'infection puerpérale, mais ils n'ont jamais, comme ici, ces caractères de violence, de fréquence et de répétition surtout. Sans aucun doute, on pourrait faire assurément le diagnostic de phlébite infectieuse sur l'aspect si particulier de l'histoire de ces frissons.

2° La courbe de température, qui est rémittente, capricieuse, échappant à toute description, avec ses clochers au moment des frissons, et qui n'est pas parallèle à celle du pouls, aussi irrégulière, du reste.

3° En dehors des frissons où l'état général paraît sérieusement atteint d'une façon courte et toute temporaire, il y a des périodes d'accalmies relativement parfaites, où la température est normale ou presque, l'aspect de la malade satisfaisant ou à peine touché. Ces alternatives sont caractéristiques de l'affection. Notons, en outre, que ce bon état général se conserve assez longtemps.

4° L'hémoculture faite en série n'est jamais positive, sauf quelquefois passagèrement, au moment des frissons.

Le diagnostic de cette « septicémie intermittente » se basera donc avant tout sur l'étude de la feuille de température et des frissons, sur les signes généraux; les signes locaux n'acquièrent de valeur que s'ils leur sont associés; rarement, à eux seuls, ils permettent d'affirmer la phlébite suppurée. En tout cas, ils ne permettent pas de préciser, d'une façon nette, la topographie et surtout l'étendue des lésions.

Enfin, l'apparition des signes thoraciques, qui peut, du reste, être précoce, est un signe de quasi-certitude que l'on ne doit pas

attendre pour confirmer le diagnostic qui pouvait être en suspens et prendre des décisions thérapeutiques.

Disons, en terminant, que toutes les observations recueillies par les différents auteurs contribuent à montrer que, dans la plupart des cas, le diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne a pu être posé exactement et contrôlé à l'opération ou à l'autopsie. Ce n'est pas dire qu'il soit toujours très facile, et, cependant, même quand il manque un ou plusieurs signes cardinaux énoncés plus haut, il sera, dans bien des cas, possible, par un examen systématique et répété, de mettre en évidence des signes de présomption qui, accumulés, peuvent aboutir à la quasi-certitude.

II. - DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A) *Il se fera avant tout avec toutes les formes de l'infection puerpérale*, en insistant sur ce fait que toute infection puerpérale qui s'accompagne de frissons n'est pas forcément une phlébite suppurée.

1° *Avec les thrombo-phlébites pelviennes non suppurées*, nous avons vu qu'elles se manifestaient sous un tableau clinique différent :

a) Tantôt sous forme d'infection puerpérale atténuée et banale, avec température oscillant autour de 38 sans les grands frissons caractéristiques, au cours de laquelle, dans les cas heureux, on peut sentir plus ou moins nettement les cordons veineux thrombosés.

b) Tantôt, sous forme d'embolies pulmonaires plus ou moins grosses et répétées, qui agissent d'une façon plus mécanique qu'infectieuse.

Mais il ne faut pas oublier que tous les intermédiaires existent entre la phlébite suppurée, surtout dans sa forme atténuée, et la thrombo-phlébite simple, mais dans celle-ci les lésions locales sont plus nettes et pures, la température peu élevée, les frissons, s'ils existent, sont rares et peu intenses et, signe fondamental, s'espacent rapidement.

2° *Avec les septicémies puerpérales.*

C'est là le gros diagnostic, diagnostic du reste du plus haut intérêt au point de vue pronostic et traitement; si longtemps, en effet, la phlébite utéro-pelvienne a été étiquetée comme une variété d'infection puerpérale généralisée, nous avons vu qu'elle devait en être nettement séparée et, répétons-le encore : la phlébite utéro-pelvienne doit être considérée comme une entité anatomo-clinique distincte, comme une forme localisée pendant un laps de temps plus ou moins grand de l'infection puerpérale. Le diagnostic se fera par la clinique, d'une part, par l'examen du sang, d'autre part.

a) *Par la clinique* : En cas de septicémie puerpérale, les accidents infectieux sont précoces et rapidement sérieux, traduisant une toxi-infection généralisée à tout l'organisme. La température, bien qu'élevée, est assez régulière et tend à se mettre en plateau, les frissons sont peu marqués, rares, isolés, inconstants, du reste. Le pouls est mou, fréquent, rapidement irrégulier, hypotendu.

En somme, il n'y a pas de clochers thermiques et les grands frissons, si caractéristiques, entrecoupés de périodes d'accalmie, où l'état général est presque parfait, manquent : l'état général est d'emblée altéré et de façon permanente. Les troubles digestifs (langue sèche, dents fuligineuses, diarrhée profuse), les troubles hépato-rénaux (urines rares, albumineuses, foncées), les troubles nerveux ataxo-adyamiques (agitation, délire ou tephos avec tremblement et carphologie), la pâleur et la dyspnée toxique *sine materia*, indiquent la grave atteinte et l'imprégnation générale

de tous les éléments de l'organisme par les microbes et leurs toxines. La mort arrive en une dizaine de jours en moyenne, dans le coma hyper ou hypothermique, par toxi-infection généralisée, sans aucune métastase infectieuse.

L'examen de la zone génitale n'aura montré que l'absence totale de lésions locales toujours plus ou moins marquées en cas de phlébite pelvienne, un utérus le plus souvent indolore, faisant son évolution normale, des lochies inodores, d'apparence normale. L'autopsie ne montrera pas de foyers de suppuration veineuse et viscérale. Les organes sont simplement congestionnés et pululent de microbes.

b) Par l'hémoculture : L'hémoculture faite en série est toujours ou presque toujours positive en cas de septicémie, et ceci d'une façon constante. En cas de phlébite suppurée, elle est toujours négative, sauf très passagèrement au moment des frissons, au cours desquels il se produit une décharge temporaire des microbes dans le sang.

Il paraît donc, une fois de plus, évident que la phlébite pelvienne suppurée doit être nettement distinguée de la septicémie au point de vue anatomo-clinique et doit être considérée comme une infection locale avec poussées septicémiques éphémères; sans doute nous avons vu qu'elle pouvait aboutir à la septicémie ou à la septico-pyohémie, mais c'est là un fait tardif et elle reste localisée pendant tout ou partie de son évolution : elle sera toujours une infection locale, du moins temporairement.

En conclusion, l'altération précoce intense et permanente de l'état général sans rémission aucune, le plateau de la température avec quelques rares frissons peu marqués, l'absence clinique de tout signe local au niveau de la zone génitale, son évolution rapide vers la mort sans métastases infectieuses et enfin l'hémoculture constamment positive, tels sont les signes capitaux de

la septicémie puerpérale, signes opposés à ceux de la phlébite suppurée.

3° Avec les septicopyohémies.

Nous avons vu, précédemment, que la septicopyohémie traduisait le plus souvent une phlébite pelvienne suppurée et qu'elle survenait dans deux circonstances différentes :

Tantôt d'emblée et précocement (la phlébite peut alors passer inaperçue ou n'est qu'un simple épiphénomène).

Tantôt, secondairement, au cours de l'évolution d'une phlébite suppurée subaiguë, dont elle est un des modes possibles de terminaison (infection d'abord localisée, puis secondairement généralisée « septicémie secondaire » des classiques).

Nous avons décrit le tableau de la septicopyohémie avec, outre les lésions locales de thrombo-phlébite suppurée :

a) L'apparition d'un tableau général rapidement grave d'une façon persistante et son évolution rapidement mortelle;

b) Une courbe de température qui rappelle plutôt celle de la septicémie (plateau), que celle de la phlébite suppurée; les frissons sont espacés et moins violents.

a) La formation d'abcès multiples métastatiques, au niveau de tous les viscères, avec endocardite ulcéro-végétante;

b) Une hémoculture constamment positive.

Mais si l'apparition de la septicopyohémie est favorisée par l'existence d'une phlébite suppurée, il faut insister sur ce fait qu'elle peut survenir au cours d'une septicémie pure sans lésion veineuse.

C'est donc par l'examen local génital qu'on pourra dépister l'étiologie exacte de cette septicopyohémie. Ceci a une certaine importance au point de vue pronostic : c'est ainsi que l'apparition de foyers suppurés métastatiques au cours d'une phlébite infectante est d'un redoutable pronostic, indiquant que la maladie est

entrée dans la phase dangereuse, fatale, peut-on dire, des embolies, et que celles-ci vont vraisemblablement se répéter; au contraire, l'apparition de foyers suppurés au cours d'une septicémie pure peut, dans certains cas, être d'un bon pronostic. Il s'agit alors d'une véritable « phase critique », où l'infection tend à se fixer en un point précis; tout dépend de l'importance vitale de l'organe ou des organes sur lesquels s'est localisée la septicémie.

B) *Diagnostic avec les infections péri-utérines* (du tissu péri-utérin et des annexes).

a) *Le phlegmon de la base du ligament large.* — Il peut donner de grandes oscillations thermiques avec frissons et, de ce fait, être confondu avec les phlébites du pédicule inférieur, mais l'allure générale de la phlébite pelvienne est bien particulière et les signes locaux sont différents :

« La phlébite, même suppurée, n'a que très peu de tendance à s'étendre au tissu cellulaire péri-veineux; même à la phase ultime de l'infection, elle se caractérise par une tuméfaction allongée en cordons bien différents des masses et de l'empâtement diffus de l'infiltration cellulo-lymphangitique » (JEANNIN). »

En cas de phlegmon, on trouvera donc un énorme empâtement avec fluctuation, et les frissons ne surviendront qu'à la phase de suppuration, mais il est encore inutile d'insister sur l'association si fréquente de ces deux affections.

b) *Les salpingo-ovarites des suites de couches* donnent des signes locaux plus importants qu'en cas de phlébite : les culs-de-sacs vaginaux sont empâtés.

Théoriquement, le diagnostic sera fait sur la relative dis-cré-tion des signes locaux de la phlébite suppurée basse, tuméfaction allongée au niveau des troncs pelviens, peu volumineuse, dure, appliquée contre la paroi pelvienne, modérément douloureuse, sans empâtement des culs-de-sacs.

Mais, *pratiquement*, on ne saurait trop insister sur la grande fréquence de la coexistence des lésions inflammatoires extra-phlébitiques, portant surtout sur le tissu cellulaire de la base du ligament large, ce qui rend fort malaisé la perception des cordons veineux thrombosés. Ce sera donc essentiellement l'étude des signes généraux qui permettra, en réalité, de ramener la lésion que l'on perçoit à l'examen local à sa véritable cause : la phlébite suppurée des veines du pelvis.

c) *Diagnostic avec les infections étrangères à la puerpéralité.*

Il est rare que des affections non puerpérales puissent arriver, par leur allure clinique, à simuler les phlébites suppurées pelviennes au cours du post-partum ou du post-abortum. Il convient cependant de les signaler :

a) Le paludisme, qui peut se réveiller au cours de la puerpéralité avec ses accès si spéciaux, mais qui rappellent ceux de la phlébite suppurée. En cas de doute, on recherchera l'hématoczoaire dans le sang et, au besoin, on fera un traitement d'épreuve énergique à la quinine (HOUEL), mais l'association des infections palustre et veineuse reste toujours possible;

b) La cholécystite suppurée a pu être prise pour une phlébite suppurée (JEANNIN et CHOMÉ).

III. - DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

S'il est généralement possible, comme nous l'avons vu, d'affirmer l'existence d'une phlébite pelvienne suppurée, il est loin d'en être de même pour préciser le siège et l'étendue exacte des lésions, aussi bien que la nature des lésions concomitantes. Ce ne peut être que l'étude des signes locaux qui fera, dans certains cas, donner quelques indications relatives quant à la topographie

des veines thrombosées, car, quelle que soit la localisation veineuse, les signes généraux sont, à peu de chose près, les mêmes :

1° En cas de phlébite pelvienne supérieure, on ne sent rien de particulier au toucher du côté du ligament large; les lésions sont trop hautes et inaccessibles. C'est par le palper qu'on pourra la soupçonner par la recherche de la zone douloureuse, que nous avons décrite.

2° En cas de phlébite pelvienne inférieure, c'est par le toucher que l'on se rend compte de son existence, mais elle peut être masquée par des lésions inflammatoires plus ou moins importantes, péri et extra-phlébites.

En cas de doute, la constatation de l'infiltration du ligament large accompagnant les signes généraux caractéristiques de la phlébite suppurée, permettra d'affirmer, le plus souvent, l'atteinte du pédicule inférieur du côté où on a senti les lésions inflammatoires.

3° En cas de formes mixtes, généralisées à une grande partie du système veineux, et disséminées (phlébites discontinues de KOHLER et d'EHRENFEST), le diagnostic exact du siège des lésions devient, on le conçoit, cliniquement impossible.

4° L'extension aux veines crurales est facilement reconnue, comme nous l'avons vu, par l'apparition plus ou moins tardive des signes objectifs évidents de la phlegmatia alba dolens.

5° L'extension à la veine cave inférieure peut être mise en évidence par les signes énoncés plus haut, mais ils sont souvent trompeurs (CHOMÉ). La notion de cette extension est cependant utile à connaître quand il s'agira de poser les indications ou les contre-indications opératoires.

Il résulte de tout ceci que, si à la rigueur on peut porter, dans bien des cas, le diagnostic de siège approximatif des lésions

phlébitiques, il est le plus souvent impossible, même d'une façon approchée, de préciser l'extension du processus thrombotique.

Ce qui importe cependant avant tout, c'est de poser le diagnostic positif de phlébite pelvienne suppurée : peu importe de préciser le siège exact et l'étendue des lésions que la clinique, il faut bien le reconnaître, ne pourra que pressentir d'une façon toute hypothétique dans la plupart des cas ; et ce sera, lors de la laparotomie, par l'exploration directe visuelle et digitale, que l'on pourra apprécier l'étendue et la topographie exacte des lésions de la thrombo-phlébite suppurée des veines pelviennes.

Le Pronostic.

Le pronostic de la thrombo-phlébite pelvienne suppurée doit être considéré comme grave, très grave ; cependant les statistiques donnent des chiffres différents et parfois contradictoires. Au Congrès de la Fièvre puerpérale de Strasbourg, MM. LEQUEUX et CHOMÉ ont rapporté que la mortalité était de 100 % en dehors des cas traités par la chirurgie. Cependant, de nombreux auteurs (SHICKELÉ, REEB, SCHOCKAERT) rapportant des cas de guérison, estiment que l'affection qui nous occupe peut avoir une évolution favorable sans intervention opératoire et que toute phlébite suppurée n'aboutit pas invariablement à la mort. KOEHLER, de Vienne, en tire un argument pour rejeter toute intervention au cours de cette maladie :

« Chaque obstétricien expérimenté, écrit-il, va tout de suite
« se rappeler des cas dans lesquels les signes cliniques étaient
« tels qu'il se sentait fortement incliné à recourir à l'opération ;
« quand l'opération, pour des raisons variées, ne pouvait être
« pratiquée, qu'il se rappelle les cas où les frissons ont cessé
« soudainement et où la patiente a guéri avec un traitement
« conservateur. Si, dans un tel cas, la ligature avait été pratiquée,

« la guérison lui aurait été attribuée bien volontiers. Nous
« connaissons tous ces guérisons spontanées après plusieurs fris-
« sons et je me souviens bien d'une malade qui en avait eu plus
« de 100. Une opération pratiquée sur elle aurait certainement
« servi comme une preuve de l'efficacité merveilleuse de la
« ligature (KOEHLER et EHRENFEST, *Therapy of puerperal*
« *fever*). »

Il n'en reste pas moins vrai, qu'après la septicémie, la septicopyohémie et la péritonite, la thrombo-phlébite pelvienne suppurée se présente comme une des formes les plus fréquemment mortelles de l'infection puerpérale (72 à 95 % d'après les statistiques de thrombo-phlébites suppurées non opérées).

ETUDE DES FACTEURS DE GRAVITÉ

MM. LEQUEUX et CHOMÉ ont montré que la gravité de la phlébite suppurée ne dépend pas directement de la virulence de l'infection et des genres en cause, mais que ce que l'on doit, avant tout, craindre comme facteur redoutable de pronostic, c'est l'apparition des embolies septiques créant des foyers suppurés secondaires plus ou moins importants au niveau des poumons : infarctus suppuré, abcès, pleurésie purulente avec septicopyohémie secondaire.

Le pronostic, dans l'ensemble, dépendra de plusieurs éléments tirés de :

1° *Les formes cliniques que revêt la thrombo-phlébite suppurée.*

Il est bien entendu que les formes septicémiques septicopyohémiques et suraiguës sont fatalement mortelles et au-dessus

de toute thérapeutique. En présence d'une forme atténuée, par contre, on pourra porter un excellent pronostic quand on verra les frissons s'espacer au lieu de se rapprocher. Cette forme a, en effet, un pronostic relativement bon. Tout dépend du degré des lésions pulmonaires : ce sont ces formes atténuées qui guérissent spontanément.

2° *La topographie des lésions.* — D'une façon générale, il semble que la phlébite du pédicule supérieur est relativement plus bénigne que celle du pédicule inférieur car, en opposition avec celle-ci, elle ne s'accompagne pas de lésions inflammatoires de voisinage ou si elles existent, elles sont minimales, quasi inexistantes. De plus, les troncs qu'elle intéresse sont les plus accessibles aux tentatives chirurgicales.

3° *L'extension des lésions.* — Les formes étendues ou généralisées aux gros troncs veineux pelviens et à la veine cave, sont le plus souvent mortelles. Toute thérapeutique est alors inefficace dans le plus grand nombre des cas.

4° *Les antécédents.* — Les phlébites consécutives à un accouchement laborieux ou dystocique, ayant nécessité des examens prolongés et de pénibles manœuvres, doivent être considérées comme plus graves.

M. JEANNIN a justement insisté sur ce fait que les hémorragies puerpérales abondantes, quelle que soit leur origine, préparent le terrain à l'infection en anémiant le sujet. Elles doivent être considérées comme un gros facteur d'aggravation. L'on sait, du reste, que l'infection puerpérale frappe de préférence les veines en cas de grosses hémorragies antérieures avec anémie consécutive.

Il semble, en outre, que la thrombo-phlébite soit plus grave après un avortement; ce serait alors qu'elle revêtait plus volontiers d'emblée une allure septico-pyohémique.

5° *L'étude des signes généraux*, au cours de l'évolution de la maladie, a un grand intérêt au point de vue pronostic.

a) La répétition des frissons jointe à leur intensité de plus en plus marquée, sont du plus fâcheux pronostic. Elles indiquent l'ensemencement presque continu de l'organisme par les agents microbiens;

b) Lorsque la courbe thermique se maintient élevée en dehors des clochers et que le pouls bat à plus de 120 dans l'intervalle des frissons, ce sont là de graves indices; en comparant les courbes du pouls et de la température, on considérera comme très sérieux les cas où le pouls reste au-dessus de la température ou qu'il s'accélère quand la fièvre décroît.

6° Il est presque inutile de dire que *l'apparition de signes pulmonaires* est un facteur de la plus haute gravité, qui doit toujours être considéré comme alarmant; cependant, la production de graves suppurations pleuro-pulmonaires n'est pas un signe inéluctable de mort, certaines peuvent guérir après traitement chirurgical pourvu que d'autres embolies ne surviennent pas pour infecter le reste du champ pulmonaire.

De plus, l'opération, quand elle est pratiquée tout au début de la manifestation clinique des accidents pulmonaires et quand ceux-ci paraissent encore minimes, permet, dans bien des cas d'enrayer l'aggravation des lésions et l'envahissement de tout le poumon par d'autres embolies. Nous verrons que l'apparition des signes pulmonaires n'est pas une contre-indication opératoire, loin de là, mais il faut se hâter tant qu'ils paraissent encore discrets.

7° *L'examen du sang* permet de porter, dans la plupart des cas, un pronostic fatal à plus ou moins brève échéance, en cas d'hémoculture devenant positive d'une façon constante au cours

de l'évolution de la maladie. Ce fait indique que la septicémie ou la septico-pyohémie, infections généralisées, ont fait suite à la phlébite suppurée, infection localisée.

M. JEANNIN, d'un autre côté, admet qu'une grosse hyperleucocytose avec polynucléose doit être considérée comme un signe fâcheux.

D'après HOUEL, on devrait redouter les cas où l'on voit l'azotémie croître régulièrement.

8° *L'examen des urines permet de fournir d'utiles renseignements.* En effet, l'oligurie croissante, l'albuminurie, la présence de pigments et de sels biliaires indiquent une insuffisance plus ou moins marquée du rein et du foie, qui peut, du reste, aller jusqu'à l'hépto-néphrite aiguë avec syndrome d'ictère grave.

En conclusion, si l'on consulte les statistiques, l'on constatera que la mortalité des thrombo-phlébites suppurées non opérées est de 72 à 95 %, voire même, pour certains, de 100 %; seul le traitement chirurgical rationnellement appliqué est capable, dans bien des cas, de sauver quelques malades et permet de ramener, comme le montrent les chiffres que nous indiquerons plus loin, le taux de la mortalité des phlébites pelviennes suppurées opérées à 60 ou 50 % et même moins, ce qui est déjà, on peut l'avouer, un avantage sérieux remporté sur cette forme à peu près fatalement mortelle d'infection puerpérale.

Traitement des Thrombo-Phlébites Pelviennes Puerpérales Suppurées

Indications générales du Traitement chirurgical.

Nous n'insisterons pas ici longuement sur le traitement médical, qui est celui de toute infection puerpérale grave :

- 1° Abscesses de fixation;
- 2° Vaccins (propidon en particulier);
- 3° Novarsenobenzol;
- 4° Opiacés pour calmer les frissons.

Mais on ne saurait trop répéter que, dans la plupart des cas, la thérapeutique médicale échoue, ce qui incite à aller de plus en plus dans la voie chirurgicale.

« Le traitement chirurgical est né et vit encore des échecs
« du traitement médical, c'est dire qu'il devra être envisagé
« dans tous les cas où le traitement médical n'aura pas amené
« une sédation rapide des phénomènes infectieux (JEANNIN). »

Donc, l'indication devient formelle si l'affection se prolonge et l'état général va s'aggravant, malgré le traitement médical suivi, et encore plus si une aggravation est notée après plusieurs rémissions antérieures.

En un mot, le traitement chirurgical sera indiqué toutes les fois que le traitement médical n'amène pas une sédation rapide des phénomènes généraux, en particulier des frissons. Dans ces conditions, on peut admettre aisément que, dans l'immense majorité des cas, on sera pratiquement amené à y recourir.

Le but du Traitement chirurgical et les procédés.

Le danger des phlébites pelviennes suppurées résidant essentiellement en l'apparition d'embolies septiques, surtout d'ordre pulmonaire, issues du foyer veineux suppuré, le traitement chirurgical a pour premier objectif de barrer le chemin aux embolies et d'empêcher l'essaimage du champ pulmonaire. Il peut s'attaquer en même temps au foyer veineux lui-même en le supprimant, d'où les deux grandes méthodes de traitement :

La ligature simple des veines;

La résection des veines,

combinées ou non à l'hystérectomie, suivant les cas et suivant les auteurs.

Ces méthodes sont, du reste, appliquées depuis longtemps dans l'infection des sinus crâniens et la phlébite de la jugulaire.

Historique.

SIPPEL, en 1894, écrivait :

« Il y a encore une autre forme de maladie puerpérale,
« dans laquelle l'ablation de l'utérus peut être indiquée : c'est
« celle qui se manifeste dans la forme de pyohémie aiguë consé-
« cutive à une phlébite purulente. Dans des cas semblables, je

« chercherais, si le frisson se renouvelle quotidiennement et si
« la malade s'affaiblit de plus en plus, à lui conserver la vie
« par l'ablation de l'utérus. Assurément, il ne faut pas se conten-
« ter ici de la seule amputation supra-vaginale de l'utérus : après
« l'hystérectomie, il faudrait poursuivre les veines spermatiques
« et utérines et aussi loin qu'elles sont malades, les réséquer, si
« possible. »

C'est FREUND qui, en 1898, a réalisé pratiquement, du reste sans succès, ce que SIPPEL avait proposé et réséqua les veines utéro-ovariennes avec hystérectomie, dans deux cas d'infection post-abortionum.

Ces idées furent reprises en 1902, par BUMM et TRENDELENBURG; ce dernier, du reste, ne préconisait que la ligature des veines, en particulier celle des veines hypogastriques (opération dite de TRENDELENBURG).

En France, à part la thèse de VANEY, en 1906, et les rapports de FAIX, qui ne font qu'effleurer la question, ce n'est, en réalité, qu'en 1912, après la publication des travaux de MM. JEANNIN, VANVERTS et PAUCOT, que la ligature veineuse dans le traitement des phlébites utéro-pelviennes puerpérales, a été réellement étudiée et mise, dès lors, en pratique : la première opération de TRENDELENBURG a été faite à la clinique Tarnier, sur l'instigation de M. BAR, par M. J.-L. FAURE. Cependant, ce mode de traitement n'a été, dès lors, pratiqué que d'une façon relativement rare, malgré les nombreux travaux qui paraissent depuis sur la question et dont nous ne pouvons qu'énumérer ici les plus importants :

En 1913, paraissent les travaux de M. le Professeur COUVELAIRE, sur les phlébites puerpérales et leur traitement.

En 1914, les articles de MM. PROUST et MAURER sur la ligature des veines du bassin.

En 1923, au Congrès de la Fièvre puerpérale de Strasbourg, MM. CHOMÉ et LEQUEUX se font les défenseurs de l'intervention que M. SHICKELÉ semble juger inutile.

En 1924, survient une nouvelle discussion importante, à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'un cas rapporté par M. MAURER;

En 1925, l'article de M. AUVRAY, dans son Précis de Gynécologie;

En 1926, la remarquable thèse d'agrégation de M. HOUEL, dans laquelle nous nous sommes permis de faire de constants emprunts au cours de cet exposé. La même année, paraît la thèse de ROBIN.

Enfin, en 1924-1926, 1928 et 1929, les leçons de MM. CHOMÉ, à la clinique Tarnier, ainsi que la communication de M. JEANNIN à l'Académie de Médecine, le 24 janvier 1928.

En Angleterre, il faut citer les noms de CUFF, SUTTON, BLAND, BELL, de MILLET et de WALLACE.

En Allemagne, l'opération de TRENDLENBERG semble jouir d'une vogue plus grande. Citons les noms de KOWNATZKI, d'OPITZ, de HAEKEL, de FRIEDMANN, de FROMME, de BARDELEBEN, de KROEMER, de BIRBAUM et de WARNEKROS. De nos jours, il faut citer les noms de MM. DREYFUS WILHELM, MARTENS, etc...

Enfin, en Amérique : WILLIAMS, VINEBERG, MILLER, NYULASY, et de LEE ont préconisé le traitement chirurgical des phlébites pelviennes supprimées.

Moment opportun de l'intervention.

Il faut donc opérer, mais quand ?

Le point délicat est donc de bien choisir le moment où l'on interviendra. Ce moment a été et est encore discuté.

Théoriquement, d'après M. JEANNIN, il faut opérer dès que le diagnostic de suppuration veineuse est certain et avant que les complications ne soient apparues. Il faut, de plus, bien s'assurer de façon certaine, grâce aux hémocultures répétées, que l'infection est bien locale et n'a pas un caractère septicémique.

Il faut donc opérer ni trop tôt ni trop tard.

1° IL NE FAUT PAS OPÉRER TROP TÔT

Bien que beaucoup d'auteurs soient d'avis d'opérer le plus précocement possible (en particulier les Anglo-Saxons), et, à ce sujet, nous exposerons l'opinion autorisée de quelques chirurgiens :

VEIT et LÉOPOLD pensent que le meilleur moment pour intervenir est après le 2^e ou 3^e frisson;

TRENDELENBURG, tout de suite après le premier; VON HERFF est d'avis d'attendre jusqu'après le 5^e ou 6^e; LATZKO est d'avis de ne pas attendre si longtemps et opère si la température reste constamment haute et que, par ailleurs, l'état général s'altère. NYULASY préconise également l'opération précoce. GUICCARDI estime que la ligature ne doit pas être considérée comme une dernière ressource; et même BUMM rapporte qu'il a lié des veines chez quelques patientes comme une mesure prophylactique quand, « pendant le travail, l'infection de la cavité « utérine a été certaine, surtout si des manœuvres obstétricales « importantes ont été pratiquées avec des lésions étendues ».

Par contre, DOEDERLEIN et WARNEKROS pensent que la ligature ne devra être pratiquée que si la température ne présente que de faibles rémissions avec des frissons survenus tard après l'accouchement.

Enfin, MARTENS est partisan d'une opération aussi précoce que possible. Il s'élève contre « l'incompréhension de ses contra-

dicteurs » et attribue leurs échecs à une expectative trop prolongée et il a dit que la phrase classique de VAN HERFF : « Chaque frisson peut être le dernier » est responsable en partie de l'insuffisance de la thérapeutique : « Les partisans timides de l'intervention chirurgicale qui opèrent au 10^e jour après de nombreux frissons, s'exposent, écrit-il, à pratiquer une opération beaucoup trop tardive, alors que de multiples métastases sont déjà constituées et commandent le pronostic. Chaque frisson témoignant d'une bactériémie, dont le point de départ est dans le thrombus infecté, est un danger; c'est donc très précocement, après le premier frisson ou même avant, si le diagnostic est possible, que la ligature doit être pratiquée. Toute pyohémie post-puerpérale déterminée par un thrombus infecté, est plus particulièrement justiciable de l'opération précoce, si les soins, l'asepsie, le repos, la thérapeutique prophylactique post-puerpérale n'ont pu éviter la complication post-thrombotique. »

Pour MARTENS, également, les principaux dangers (métastases, échecs opératoires) résultent d'une expectative trop prolongée qui a permis la diffusion du processus veineux septique et il pose cette conclusion formelle :

« Après un avortement ou un accouchement chez une malade maintenue strictement au repos, l'utérus étant totalement vidé spontanément ou par un curettage, et toute cause d'infection coïncidente étant éliminée, l'apparition d'un *frisson* avec élévation thermique, doit faire rechercher le thrombus dans le paramétrium. Même si cette dernière investigation reste négative, ces signes généraux indiquent l'intervention chirurgicale immédiate. Si des métastases ou des complications inflammatoires pulmonaires ou pleurales existent déjà, l'opération doit encore être tentée, quoique avec des moindres chances de succès. »

L'on voit donc que les partisans de l'opération précoce ou

même immédiate sont nombreux. Cependant, il ne paraît pas indiqué d'opérer trop tôt pour les raisons suivantes (JEANNIN) :

a) Il faut être sûr du diagnostic, car le diagnostic de thrombo-phlébite suppurée dans sa forme subaiguë est avant tout un diagnostic d'évolution (il faut mettre, en effet, à part les cas aigus au-dessus de toute thérapeutique chirurgicale); il faut observer la malade plusieurs jours avant de se prononcer. Dans les cas heureux, de forme atténuée, on peut voir les frissons s'espacer et la malade guérir spontanément. Du reste, dans la plupart des cas, on a le temps et on ne doit pas trop se hâter; les complications pulmonaires sont exceptionnellement précoces. M. JEANNIN estime que, pratiquement, le diagnostic est certain quand on voit les frissons se rapprocher de plus en plus, en même temps qu'ils deviennent plus violents.

b) D'après les statistiques, on constate que les auteurs partisans des opérations précoces ont eu de mauvais résultats et que les malades sont mortes pour la plupart de péritonite aiguë : il semble qu'au début, le foyer veineux étant en pleine évolution, soit très virulent et qu'ultérieurement il se fasse une sorte de période de stabilisation où le processus suppuratif, devenant moins actif, ne progresse plus en étendue, étape précédant la période d'essaimage pulmonaire.

2° IL NE FAUT PAS OPÉRER TROP TARD

Il ne faut pas, par contre, opérer trop tard, car, alors, on risque d'opérer quand les lésions métastatiques pulmonaires se sont nettement dessinées et dominent la scène; la maladie n'est plus au niveau des veines, mais au poumon. Bien souvent, elle a pris alors une allure de septico-pyohémie, comme le vient témoigner l'hémoculture.

3° Il résulte des travaux de MM. JEANNIN et CHOMÉ que le moment opportun pour intervenir paraît être du 8^e au 12^e jour après

l'apparition du premier frisson, c'est-à-dire vers le 20^e jour après l'accouchement; en tout cas, jamais avant le 15^e jour, peut-être même plus tard que plus tôt. Il est bien évident que l'intervention rejetée dans les cas prenant une allure aiguë, sera tout à fait indiquée dans la forme subaiguë et même chronique. Tous les auteurs sont du reste d'accord sur ce point (MICHELS, BEUTTNER, BUMM, SEITZ).

« En règle générale et sauf indication particulière, il semble « qu'une intervention rationnellement retardée soit préférable à « une intervention trop précoce » (JEANNIN).

Cependant, cette règle n'est pas absolue et il est arrivé à M. CHOMÉ d'opérer une femme le jour où les premiers frissons ont apparu, chez laquelle existait une énorme phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

En réalité, le moment que l'on juge opportun pour intervenir est avant tout une affaire d'impression personnelle, de « flair clinique ». Il y a des cas d'espèces.

Contre-indications opératoires.

Elles sont relativement faciles à poser; elles sont de deux ordres (CHOMÉ) :

Absolues;

Relatives.

A) CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

Le traitement chirurgical doit être nettement proscrit dans les cas suivants :

1° *Les formes atténuées*, d'allure très bénigne : les frissons

s'espacent de plus en plus, les lésions étant peu septiques, on est en droit d'attendre la guérison spontanée.

2° *Les formes septicémiques et septico-pyohémiques.*

Il est évident qu'il n'y a pas lieu d'intervenir quand il existe des foyers de suppuration disséminés dans tout l'organisme et, de même, si ces foyers multiples manquent, on devra s'abstenir sans discussion si les hémocultures pratiquées en séries sont positives d'une façon permanente, même en dehors des frissons. Dans tous ces cas, en effet, la phlébite n'est qu'un épiphénomène, au cours d'une infection généralisée et le traitement, on le conçoit, restera inopérant sur l'évolution de cette infection. En un mot, toute infection veineuse à caractère septicémique ne relève pas de la chirurgie.

3° *L'existence de graves lésions pulmonaires.*

D'après M. CHOMÉ, il vaut mieux s'abstenir en cas d'abcès pulmonaires et de pleurésie purulente; on interviendrait alors trop tard.

Cependant, s'il existe des lésions inflammatoires pleuro-pulmonaires discrètes, il ne considère pas, comme la plupart des auteurs, qu'il s'agisse d'une contre-indication absolue : l'opération sera tentée, mais avec de moindres chances de succès.

B) CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

a) En cas de phlébite du pédicule inférieur, surtout si elle s'accompagne de grosses lésions de voisinage, l'intervention peut être discutée. Outre qu'elle ne met pas sûrement à l'abri des embolies à cause de la richesse des anastomoses, elle présente des risques assez graves. Cependant, à condition de « lier haut et gros » (HOUEL), les phlébites du pédicule inférieur, moins accessibles au traitement chirurgical que les phlébites du pédicule

supérieur, peuvent retirer un très grand bénéfice de la ligature veineuse.

De plus, il ne faut pas oublier que le diagnostic topographique exact des lésions étant cliniquement le plus souvent pas possible à préciser, le deviendra avec la laparotomie et pratiquement on peut presque dire que la notion du siège supérieur ou inférieur de la thrombose doit compter pour une faible part dans les décisions opératoires à prendre.

b) En cas de thromboses très étendues où, par exemple, on soupçonne l'atteinte des veines iliaques primitives ou même de la veine cave inférieure, il serait peut-être préférable de s'abstenir mais ce n'est pas là encore, répétons-le, une règle absolue, en raison de l'imprécision clinique à fixer la topographie et l'étendue des lésions. Il faut faire courir à la malade sa seule chance de salut, qui est l'intervention.

c) L'apparition de complications pulmonaires, pourvu qu'elles soient discrètes et qu'on se hâte, ne doit pas être considérée comme une contre-indication opératoire, mais les chances de succès seront alors diminuées, on le conçoit aisément.

Pour résumer d'un mot l'appréciation des contre-indications opératoires, nous ne pouvons répéter que ce que nous disions plus haut, qu'elle est avant toute une question d'expérience personnelle, « une affaire d'impression » (HOUEL).

Valeur respective de la résection veineuse, de la ligature veineuse, complétées ou non par l'hystérectomie.

1° LA RÉSECTION VEINEUSE

Celle-ci consiste à faire l'exérèse des veines thrombosées après leur ligature en tissu sain, en laissant l'utérus en place.

Ce traitement réalise donc en un seul temps les deux indications principales du traitement chirurgical des phlébites suppurées : l'arrêt des embolies septiques et l'ablation du foyer initial de suppuration.

Cette technique a été longtemps systématiquement rejetée pour les thromboses, tant soit peu étendues, par les accoucheurs français, et considérée comme une opération meurtrière « en raison des risques d'infection puerpérale quand il existe de la phlébite et de la péri-phlébite suppurée » (VANVERTS et PAUCOT).

En réalité, la résection veineuse est parfaitement applicable, comme nous le verrons, pour les phlébites du pédicule supérieur, pour lesquelles elle constitue, il le semble bien, actuellement le traitement de choix. Il est facile, en effet, dans la plupart des cas, d'isoler les veines utéro-ovariennes enflammées, car à leur niveau les lésions de voisinage, de périphlébite en particulier, sont minimales ou nulles.

Cependant, en Allemagne, notamment, pour beaucoup d'auteurs (MARTENS), l'extirpation de la veine thrombosée est, en général, inutile, la ligature suffit et ce qu'il importe « c'est d'explorer les trajets vasculaires afin de ne pas lier trop bas ».

2° LA LIGATURE VEINEUSE

La ligature veineuse, en aval des lésions, en un point logiquement choisi, répond, du moins théoriquement, à la première et formelle indication du traitement chirurgical des phlébites pelviennes suppurées, qui est de faire obstacle aux embolies. C'est à elle qu'ont recours la plupart des auteurs, surtout les étrangers.

Mais étant, théoriquement, une opération moins complète que la résection veineuse puisqu'elle ne supprime pas le foyer veineux suppuré, elle ne doit être logiquement employée que dans les cas où la résection est impossible, et c'est le cas des phlébites du

pédicule inférieur souvent bilatérales, où les lésions de voisinage pratiquement contantes (périphlébite et infiltration de la base du ligament large) rendent la découverte, l'isolement et la résection sinon impossible, du moins extrêmement difficile et dangereuse.

Les objections contre la ligature.

Des objections nombreuses ont été faites et sont encore faites à la ligature; beaucoup s'adressent également à la résection, et c'est pourquoi nous les réunissons dans un chapitre d'ensemble. Elles ont été discutées par MM. LEQUEUX et CHOMÉ; elles s'adresseront, en particulier, comme nous venons de le voir, au traitement de la phlébite du pédicule inférieur par la simple ligature, puisqu'on ne peut réséquer à ce niveau les veines comme au niveau du pédicule utéro-ovarien.

I. — OBJECTIONS D'ORDRE THÉORIQUE

a) On a dit que la phlébite pelvienne suppurée est une infection généralisée, dont la localisation veineuse n'est qu'une des manifestations. C'est l'opinion qu'a défendue M. SCHICKELE au Congrès de Strasbourg, en disant que la « thrombo-phlébite » pelvienne représente toujours une phase ou une partie de « l'infection puerpérale généralisée »; par conséquent, en adoptant cette théorie, la ligature des veines est illogique et inefficace, puisqu'elle a pour but « d'empêcher un essaimage qui se serait « fait depuis le début ».

Mais il est légitime de répondre que s'il existe bien des formes septicémiques et septico-pyohémiques de la phlébite suppurée, ces formes sont beaucoup plus rares que la forme typique qui revêt l'aspect d'une « septicémie intermittente »;

dans ce cas, la maladie évolue, comme nous l'avons déjà amplement précisé, tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique, comme une infection locale qui ne se généralise que d'une façon intermittente et fugitive au moment des frissons, comme l'attestent les hémocultures faites en séries; cette affection restera, un temps plus ou moins long de son évolution et souvent définitivement, localisée aux veines. Son seul danger, mais qui est grand, est l'embolie septique. « Cette affection locale à retentissement général » (FAIX) est donc parfaitement justiciable du traitement local.

b) Une deuxième objection à la ligature, en cas de phlébite du pédicule inférieur, c'est qu'elle est insuffisante puisqu'elle ne tient pas compte des lésions de voisinage si fréquentes, pratiquement constantes.

Cependant, ce ne sont jamais ces lésions de voisinage qui mettent la vie de la malade en danger mortel; c'est la lésion veineuse qui constitue le vrai péril. La ligature veineuse, à condition qu'elle soit en pareil cas plus que partout ailleurs, pratiquée « haut et gros », suivant l'expression de M. HOUEL, en pleine zone aseptique et saine, n'exclut nullement les autres interventions (incision et drainage) qui peuvent être indiquées, quoique rarement, contre une pelvipéritonite, un phlegmon du ligament large, une salpingite suppurée.

Ces lésions, il faut cependant le remarquer, rendent l'acte opératoire plus difficile.

c) La ligature veineuse serait insuffisante et impuissante à arrêter et à empêcher les embolies septiques.

Mais si on lit les observations rapportées par les auteurs, on constate que, dans presque tous les cas, les frissons ont disparu instantanément et définitivement après l'intervention; or, puisque les frissons traduisent l'essaimage passager de l'organisme par

les microbes, comme le prouvent les hémocultures qui deviennent positives à ce moment, il est logique d'admettre que la ligature empêche ces décharges microbiennes.

Mais il est des cas où les frissons peuvent réapparaître après une période de disparition, qui varie de 8 à 15 jours, et, à ce propos, M. KOEHLER, adversaire convaincu de la ligature, qu'il juge inefficace, accumule les faits qui prouvent, d'après lui, l'inutilité absolue de l'intervention :

1° On n'est pas sûr, dit-il, si une partie de la veine qui est au-dessus de la ligature n'est pas déjà infectée et dans un « état de thrombose commençante », ou bien si, ultérieurement, quelque part ailleurs, une autre thrombose ne se formera pas, également dangereuse pour la malade.

2° La thrombose, après la ligature, continue à être un foyer de troubles ultérieurs : « La ligature, certainement, empêche le détachement d'une embolie temporairement, mais le foyer persiste et, dès lors, l'infection peut continuer à s'étendre maintenant par la voie des vaisseaux lymphatiques », et il ajoute : « La ligature « ne peut manifestement empêcher la possibilité d'une thrombose « dans les autres veines, puisqu'il est impossible, par le type le « plus radical d'opération, d'isoler complètement les organes « génitaux du système circulatoire ; bien plus, il y a toujours une « chance que le progrès de la thrombose s'étende vers une direc- « tion centrale de toute veine ligaturée ; il pourrait être techni- « quement possible de lier ou d'extirper les veines thrombosées, « mais naturellement, le pronostic sera très défavorable, toutes « les fois que beaucoup de veines sont intéressées ou quand la « thrombose atteint la veine cave ou la veine rénale gauche. »

3° Le même auteur insiste enfin sur la possibilité de thromboses essaimées (*discontinued thrombosis*), rendant l'opération inutile, lorsqu'elles existent.

On peut objecter qu'on a et qu'on aura certainement des échecs; il peut subsister, en effet, une infection d'une petite branche veineuse non ligaturée; d'autre part, la richesse anastomotique des branches du pédicule inférieur hypogastrique avec celles des territoires voisins suffit peut-être bien souvent à expliquer ces échecs; cependant, en liant « haut et gros » on a bien des chances d'éviter ces reprises septicémiques de l'affection.

Du reste, comme M. CHOMÉ le fait si bien remarquer, ces cas ne sont pas assez nombreux pour faire rejeter à priori la méthode d'une façon systématique et permettre de nier toute efficacité à la ligature veineuse en cas de phlébite supprimée pelvienne.

d) Un dernier argument ne nous arrête pas longtemps : On a objecté aux ligatures veineuses d'être nuisibles du fait des troubles circulatoires qu'elles risquent de provoquer. Pendant longtemps, on avait rejeté la ligature des veines iliaques primitives comme trop dangereuses. Or, les résultats cliniques de l'intervention, même quand on est amené à lier la veine cave inférieure, réfutent absolument ces critiques.

II. — OBJECTIONS D'ORDRE PRATIQUE

Ces objections se basent sur la difficulté de diagnostic et de l'intervention.

a) Sans doute les difficultés de diagnostic sont réelles, mais non insurmontables. Malgré l'opinion de certains auteurs, le diagnostic positif, s'il est souvent délicat, peut et doit être posé : ce qui a, du reste, été fait dans la plupart des cas en temps utile.

M. KOEHLER objecte que, cliniquement, il est impossible de se rendre compte exactement de l'étendue et de la topographie des lésions et que la thrombose est toujours plus étendue que l'on

ne le soupçonne. Il est vrai que la grande extension des lésions peut contre-indiquer l'opération, mais le fait est rare et la bilatéralité des lésions est loin d'être une contre-indication, comme le pense M. KOEHLER. Il est vrai qu'il préconise la voie extra-péritonéale, dans laquelle on ne peut pas explorer à fond, à la vue et au palper, l'étendue exacte et la topographie des lésions, comme le permet la voie trans-péritonéale.

Enfin, de toute façon, il paraît légitime de tenter une opération qui, *seule*, peut sauver la malade. Puisque la clinique ne permet pas, il faut bien l'avouer, de préciser rigoureusement le siège et l'extension des lésions, il est, semble-t-il, logique de tenter une intervention; celle-ci pourra, dans quelques cas, se borner à une laparotomie exploratrice si les lésions, ce qui est rare, ont diffusé trop loin, mais, dans d'autres cas, et ce sont les plus nombreux, elle permettra d'agir efficacement et ainsi d'empêcher l'évolution à peu près irrémédiablement fatale de l'affection. Puisque la malade ne peut tirer que des bénéfices de l'intervention, il faut la tenter.

b) Les difficultés de l'intervention ne sont pas non plus insurmontables. En cas de phlébite du pédicule supérieur, il est très rare que les veines utéro-ovariennes soient suppurées jusqu'à leur embouchure. Il est généralement possible de poser la ligature en zone saine au-dessus de la limite supérieure de la thrombose et, bien plus, l'absence quasi-constante des lésions inflammatoires de voisinage permet presque toujours d'isoler et de réséquer la veine sans trop de difficultés.

En cas de phlébite pelvienne inférieure, l'opération est, sans contredit, plus difficile, plus dangereuse, à cause de la présence quasi constante des lésions inflammatoires ou même suppurées de voisinage, mais on tournera la difficulté en évitant de rechercher les veines en pleine zone inflammatoire et en « liant sans crainte et sans hésitation haut et gros », au-dessus de la zone dangereuse,

en plein tissu sain, les gros troncs veineux pelviens iliaques primitifs et, au besoin, la veine cave inférieure.

c) Tout dernièrement, en Amérique, M. POLAK, dans un article intitulé : « L'intervention chirurgicale est-elle justifiée dans le traitement de la thrombo-phlébite des veines pelviennes », juge l'opération inutile et même dangereuse. Il reprend la plupart des arguments que nous venons de signaler :

— Le diagnostic est difficile et même impossible à cause de la pauvreté ou du manque de netteté des signes physiques.

— Les réactions de voisinage sont fréquentes.

— Les indications pour le moment exact où il faut instituer le traitement chirurgical ne sont pas établies d'une façon définitive.

Puis il insiste sur ce fait que la phlébite utéro-pelvienne « ne peut être reconnue avec une exactitude suffisante et à une époque telle qu'on est autorisé à soumettre la femme aux risques surajoutés d'une opération sérieuse ». La mortalité, d'après ses statistiques, n'a pas été actuellement réduite par l'opération, et il lui paraît dangereux de soumettre une femme infectée à un grave risque opératoire.

Or, nous verrons plus loin que dans toutes les observations que nous relaterons, jamais l'acte opératoire n'a paru aggraver l'évolution de la maladie.

3° L'HYSTÉRECTOMIE

L'hystérectomie abdominale, au cours des ligatures et résections veineuses, a été systématiquement préconisée par certains auteurs.

En France, par M. BOCQUEL (d'Angers), dont l'avis est de compléter l'opération en enlevant « la bonde utérine ».

Voici, à l'étranger, ce qu'écrivent, à ce sujet, MM. KOEHLER et EHRENFEST, dans leur ouvrage « La thérapeutique de la fièvre puerpérale » :

« Pendant qu'en Europe l'idée générale prévaut que la
« ligature ou la résection doivent être respectivement limitées à
« la zone malade du vaisseau, un grand nombre d'auteurs
« américains (BALDWIN, HIRST, JELLET, WILSON, YATES, etc.)
« pensent que, spécialement dans les cas de thromboses étendues,
« il est préférable de faire une hystérectomie en même temps.
« BALDWIN, en particulier, déclare que, de cette façon, grâce
« à un meilleur drainage, les résultats opératoires sont grande-
« ment améliorés. D'après MILLER, sur 188 patientes chez
« lesquelles la ligature fut faite, 108 moururent. BALDWIN rap-
« porte que sur 67 patientes opérées avec le complément d'une
« hystérectomie totale, 47 guérirent, ce qui ne fait une mortalité
« que de 30 % au lieu de 58 % environ. Cependant, nous
« constatons que CLARK, un adversaire de toute opération pour
« ces cas, n'est de la même façon pas partisan de cette technique. »

En somme, disent tous ces auteurs, on ne sait jamais l'état exact de l'utérus au point de vue vacuité et septicité, surtout après un avortement.

En réalité, comme nous le verrons, l'hystérectomie ne doit pas être systématique. En premier lieu, il faut limiter l'acte opératoire au minimum chez ces malades déjà gravement infectées. En second lieu, l'utérus est, comme l'expérience le prouve, en involution parfaite dans beaucoup de cas, au moment où on opère. Il est donc parfaitement logique de s'inspirer des circonstances et de n'ôter l'utérus que s'il présente des lésions infectieuses nettes (gros utérus rouge atteint de métrite parenchymateuse ou présentant des abcès) ou si on a « des doutes sérieux sur sa parfaite intégrité » (JEANNIN).

Technique Opératoire

Pour atteindre les veines du bassin, trois voies ont été proposées :

- 1° La voie vaginale;
- 2° La voie extra-péritonéale;
- 3° La voie trans-péritonéale.

1° *La voie vaginale*, préconisée par TAYLOR et SINCLAIR, doit être abandonnée, car :

a) Elle n'est pas utilisable dans les cas très fréquents de phlébite du pédicule supérieur : il est impossible, on le conçoit, d'aller lier par cette voie les veines utéro-ovariennes à leur terminaison.

b) La voie vaginale ne permet pas l'exploration précise et directe du système veineux pelvien, ce qui est pourtant capital, puisque nous avons vu que dans l'immense majorité des cas la clinique ne donnait que des indications incomplètes et incertaines sur la topographie exacte des lésions.

2° *La voie extra-péritonéale abdominale*, employée par BUMM et TRENDLENBURG, ne doit être employée que dans des cas tout à fait exceptionnels; son seul avantage est d'aborder les troncs veineux en n'ouvrant pas la grande cavité péritonéale

dont les risques d'infection sont par là même presque nuls, mais elle est d'une exécution difficile, donne un jour insuffisant, ce qui expose à commettre de grosses erreurs au cours de l'intervention. Enfin, elle ne permet pas un examen net et complet des différents troncs veineux.

Cependant, de nombreux auteurs allemands (MARTENS) lui accordent la préférence.

3° *La voie abdominale trans-péritonéale* est la plus logique et la plus fréquemment employée, du moins en France, car :

a) Elle est d'une technique facile;

b) Elle donne un très grand jour et permet l'exploration directe, avec la vue et le doigt, de tout le système veineux pelvien; le fait que le diagnostic clinique exact de l'étendue et du siège des lésions soit le plus souvent incertain importe peu.

On peut lui objecter que, dans une certaine mesure, elle expose à l'infection par la section des veines infectées ou l'ouverture intempestive d'une collection suppurée périphlébitique dans le péritoine, mais ce danger est évitable, « si on lie très haut en tissu sain et gros, même quand les conditions imposent l'oblitération d'une veine de gros calibre » (HOUEL), et le même auteur ajoute :

« Une bonne technique exige donc la ligature sur une région
« saine et c'est pour obéir à cette absolue nécessité que nous
« nous faisons les partisans de la ligature portée aussi haut que
« possible sur les troncs veineux, même les plus gros, pourvu
« qu'ils soient indemnes de toute thrombose. »

Nous nous attacherons à décrire, dans l'exposé qui va suivre, la technique que M. CHOMÉ a été le premier à établir et qu'il a étudiée et mise au point dans le service de notre Maître, M. le Professeur JEANNIN, à la Maternité de la Pitié.

I. = Notions générales.

La technique variera suivant les lésions, leur étendue et leur siège; l'idéal serait d'enlever en totalité le foyer phlébitique, mais, dans de nombreux cas, en particulier dans tous les cas de phlébite du pédicule inférieur, ceci est impossible. On se contente alors de lier en aval de la zone suppurée pour empêcher, dans la mesure du possible, la production d'embolies septiques.

II. = Anesthésie.

L'anesthésie rachidienne rend l'opération plus facile en donnant un relâchement musculaire parfait, mais elle est parfois insuffisante quand on opère dans la région sus-ombilicale. On donnera alors quelques bouffées d'éther.

III. = Incision de la paroi.

La femme étant mise en position de TRENDELENBURG très inclinée, on fait alors une incision médiane sous-ombilicale, qui remontera à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

IV. = Temps d'exploration.

a) *Le péritoine* est le plus souvent indemne, même quand il recouvre d'énormes phlébites suppurées.

b) *Les pédicules veineux.* Il faut, non seulement les voir, mais les toucher, car un examen superficiel peut les faire croire

sains : on explorera systématiquement les quatre pédicules utérins ainsi que les gros troncs veineux (iliaques primitifs et iliaques internes).

Pour le pédicule inférieur, on pincera la base du ligament large à droite et à gauche de l'utérus et en suivant les veines utérines on remonte le long de la paroi pelvienne vers le tronc de l'iliaque interne et de l'iliaque primitive. L'induration et l'infiltration de toutes ces veines est, du reste, facile à reconnaître.

Pour le pédicule supérieur, on palpera soigneusement les veines utéro-ovariennes, depuis leur origine dans le ligament large et on les suivra le plus haut possible.

On se souviendra toujours que, bien souvent, les lésions veineuses commencent à distance de l'utérus, alors que le segment adjacent à l'utérus paraît indemne, d'où la nécessité d'explorer les veines dans tout leur trajet.

c) Les organes génitaux.

On explorera avec soin l'utérus; il est le plus souvent indemne. On recherchera avec soin les petits abcès utérins sous-péritonéaux, à peine visibles. On examinera les annexes et on reconnaîtra les lésions de voisinage.

Si, au cours de cet examen, on constate que les lésions phlébitiques sont tellement étendues ou disséminées qu'elles paraissent presque incompatibles avec la vie, on se contentera de faire une laparotomie exploratrice.

Sinon, la suite de l'opération variera suivant les lésions rencontrées :

V. = Phlébite du pédicule supérieur.

C'est dans ces cas que, sans nul doute, l'intervention donne les meilleurs résultats.

Au début, M. CHOMÉ se contentait de pratiquer une simple ligature placée aussi haut que possible sur le tronc de la veine utéro-ovarienne. Actuellement, il donne de plus en plus la préférence à l'ablation de tout le foyer veineux, ce qui est possible à cause de l'existence des plans de clivage rendant la dissection assez aisée du tronc veineux.

1° COTÉ DROIT.

Il faut d'abord se rendre compte de l'étendue de la thrombose et, pour tant soit peu qu'elle remonte, il ne faut pas hésiter à pratiquer le décollement du cæcum et du côlon ascendant pour être sûr de poser la ligature supérieure en zone saine. Attirer alors le cæcum en haut et en dedans : on voit alors un repli péritonéal que l'on sectionnera transversalement; on pénètre ainsi, après avoir incisé le péritoine pariétal postérieur, sur le bord externe du cæcum dans l'espace rétro-péritonéal et rétro-cæcal. Ensuite, si c'est nécessaire, on décolle facilement au doigt le cæcum et le côlon ascendant, décollement que l'on poursuit le plus haut possible avec douceur; l'hémorragie est minime. On place alors une large valve dans l'espace rétro-cæcal; on sent le tronc veineux épaissi qui se dirige en avant et en dedans légèrement. On ira, à ce moment, vers le détroit supérieur, reconnaître l'uretère qu'on réclinera en dehors, car on doit lier la veine utéro-ovarienne au-dessus de son croisement avec lui. On place un fil sur la veine souvent double, aussi haut que possible au-dessus du caillot, c'est-à-dire au-dessus de la zone de suppuration en zone saine; un deuxième fil est placé quelques millimètres plus bas et on sectionne entre ces deux fils au thermocautère. Puis on enlèvera avec le paquet des veines thrombosées les annexes droites, ce qui facilitera l'hémostase. Dans certains cas, on peut, du reste, les laisser en liant le pédicule au moment où on les atteint. On drainera l'espace rétro-côlique avec une mèche ou un petit sac de Mickulicz avant de refermer la paroi.

2° COTÉ GAUCHE.

L'opération, dans les grandes lignes, est à peu près analogue, sauf pour la recherche de la veine. On incisera le péritoine pariétal postérieur sur le bord externe du côlon descendant. On fait ensuite un large décollement colo-pariétal en réclinant le côlon en dedans. Il est alors facile de trouver le tronc veineux thrombosé et on peut, sans difficultés, le suivre jusqu'à son embouchure dans la veine rénale. Le reste de l'opération se fait comme à droite.

3° DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES.

a) La résection veineuse peut être difficile à cause de la friabilité des parois du vaisseau et de la périphlébite; il en est ainsi quand la veine est franchement suppurée. On se contentera alors, après avoir lié la veine le plus haut possible, de l'ouvrir après avoir bien protégé le champ opératoire, et de drainer par un Mickulicz l'espace rétro-péritonéal.

b) Il est évident que pour avoir de bons résultats opératoires, c'est-à-dire éviter avant tout la production d'embolies, ce qui est un des buts essentiels de l'intervention chirurgicale, il faut placer la ligature en zone saine, nettement au-dessus du foyer thrombosé. Mais il est des cas, du reste rares, où il est impossible de placer la ligature sur un segment de veine non thrombosé quand la suppuration remonte dans la veine rénale ou la veine cave. L'opération ne donnera alors aucun résultat, car ce qui importe, c'est de lier ou de sectionner au-dessus de la zone de suppuration.

La ligature et la section en pleine thrombose sur le caillot terminal non suppuré, ne sont que des pis-aller, puisqu'on ne peut faire autrement. Malgré cette technique irrationnelle, illogique et dangereuse, qui expose aux embolies, on a cependant obtenu des guérisons.

VI. = Phlébite du pédicule inférieur.

Les veines utérines, utéro-vaginales et hypogastriques sont d'un accès souvent bien plus malaisé.

Il faut, avant tout, bannir l'idée de réséquer la veine suppurée comme pour le pédicule supérieur, à cause des lésions périphlébiques et des infiltrations de la base du ligament large (souvent suppurées, du reste), qui accompagnent à peu près constamment la phlébite inférieure. On conçoit le danger et même l'impossibilité qu'il y aurait à sculpter la veine et à l'isoler au milieu des foyers enflammés (déchirures vasculaires graves, ouverture en péritoine libre de collections périphlébitiques purulentes non diagnostiquées). Il faut donc se contenter de poser une simple ligature aussi haut que possible en aval de la lésion sur un segment sain de veine.

Trois cas peuvent alors se présenter :

1° PHLÉBITE UNILATÉRALE GAUCHE INFÉRIEURE.

Il faut abandonner la ligature de la veine hypogastrique, bien que de nombreux auteurs l'aient préconisée, car elle est difficile, dangereuse et surtout insuffisante ici à cause des nombreuses anastomoses qu'elle présente ou peut présenter. Il faut donc lier la veine iliaque primitive gauche. Cette ligature, considérée à tort comme dangereuse, ne donne pas, en réalité, de troubles circulatoires importants.

On exposera donc bien la face antérieure de la cinquième vertèbre lombaire; on ira reconnaître la fourche de l'aorte et on incisera le péritoine à ce niveau. Le tronc de la veine iliaque primitive apparaîtra dans la bifurcation même; il est entouré par un tissu dense, riche en fibres nerveuses, souvent difficile à dissocier. Après avoir récliné l'artère iliaque primitive gauche en dehors, dont on aura préalablement reconnu et dégagé le bord interne,

on libérera très soigneusement la veine qu'on chargera de dehors en dedans avec un passe-fil mousse. On suturera le péritoine et on fermera l'abdomen sans drainer.

2° PHLÉBITE UNILATÉRALE DROITE INFÉRIEURE.

On liera alors la veine iliaque primitive droite. L'opération est alors bien plus difficile, car la veine est cachée par son artère : sa libération est parfois très longue et pénible. On incisera le feuillet péritonéal postérieur à 1 cm. environ de la ligne médiane, à l'endroit même où l'on sent battre l'artère iliaque primitive. On libérera d'abord l'artère, qu'on charge sur un fil ou un écarteur spécial pour l'écarter en dehors. Ce sont surtout les bords de la veine qui sont difficiles à reconnaître et à libérer. Il faut agir prudemment et doucement.

3° LES LÉSIONS SONT BILATÉRALES.

Ce cas est fréquent.

M. CHOMÉ estime, et c'est aussi l'avis de M. HOUEL (communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie d'Alger du 13 décembre 1927), qu'au lieu de lier séparément les deux veines iliaques primitives, il est plus logique et plus facile de lier d'emblée la veine cave inférieure.

L'opération sera plus brève, plus simple, moins dangereuse ; elle ne comporte aucune technique particulière. On bascule l'utérus en avant, s'il gêne, avec l'hystérolabe ; on le laisse dans l'excavation s'il n'est pas d'un très gros volume. Le fil peut être placé sans aucun inconvénient jusqu'au-dessous des veines rénales ; cependant, la ligature sera faite à la hauteur de la partie supérieure de la quatrième vertèbre lombaire. A ce niveau, en effet, il est facile de découvrir le tronc veineux ; la veine longe à gauche l'aorte dont les battements constituent un repère visible.

Il faut donc remonter très haut sur le flanc droit de l'aorte ; on incise le périome, on récline à gauche l'aorte ; on reconnaîtra

et on libérera le bord gauche de la veine cave, puis, plus en dehors, son bord droit. On passera le fil sous le tronc veineux au moyen d'une pince courbe plate, en le chargeant de dedans en dehors; on laissera une petite mèche au contact du point ligaturé. Certains auteurs (HOUEL) ne sont pas partisans du drainage et referment la brèche péritonéale.

La ligature de la veine cave ne semble pas exposer à de graves inconvénients; on note, transitoirement du reste, une accélération passagère du pouls et un œdème des deux membres inférieurs, remontant plus ou moins haut.

VII. = Les indications de l'hystérectomie complémentaire.

Un point est acquis : c'est qu'il ne faut pas ôter l'utérus systématiquement lorsqu'on procède à la ligature des veines suppurées. C'est suivant la présence ou l'absence de ses lésions que l'on terminera ou non l'opération par une hystérectomie. Il faut, en effet, limiter l'acte chirurgical au minimum chez ces malades déjà gravement atteintes. Telle est, en effet, l'opinion de MM. JEANNIN et CHOMÉ.

Quand on opère tardivement, alors que bien souvent l'utérus a subi son involution normale, on peut laisser l'utérus en place et se contenter de la seule intervention sur les veines suppurées.

« On est souvent, en effet, étonné de ce que l'utérus est trouvé
« indemne de toute lésion infectieuse macroscopiquement per-
« ceptible. Le foyer phlébitique peut continuer à évoluer avec
« une grande acuité, alors que le foyer initial utérin s'est éteint;
« mais si on opère de bonne heure, on trouve souvent l'utérus
« rouge et gros; il faut alors l'ôter en même temps que les veines
« thrombosées, à plus forte raison s'il présente des lésions
« d'endométrite, de métrite parenchymateuse ou même parfois

« des petits abcès miliaires et que, de ce fait, on peut craindre
« une nouvelle flambée partant de l'utérus » (JEANNIN).

M. HOUEL pense de même qu'il faudra hystérectomiser lorsque l'utérus sera suspect, aura subi des traumatismes et présentera un certain degré d'infection; il pratique l'ablation de l'utérus quand les pédicules sont thrombosés depuis leur départ utérin; l'hystérectomie subtotale sera faite quand le col n'est pas infecté ou n'a pas subi de traumatismes sérieux; dans tous les cas très suspects et lorsqu'il y aura eu des traumatismes profonds du col, il faut s'efforcer de faire l'hystérectomie totale.

Remarquons, en particulier, que l'hystérectomie est généralement indiquée lorsque la phlébite suppurée s'est déclarée après un avortement.

VIII. = Cas particuliers :

Traitement des lésions de voisinage.

Magré leur fréquence, ces lésions sont loin de contre-indiquer d'une façon absolue la ligature veineuse en cas de phlébite du pédicule inférieur :

1° Dans un premier cas, cas le plus fréquent, il s'agit d'une simple inflammation des tissus périphlébitiques et du tissu cellulaire du ligament large sans suppuration. Il n'y a pas lieu de se préoccuper, outre mesure, de ces lésions, dont la guérison se fait généralement spontanément après l'intervention.

2° Dans un deuxième cas, on se trouve en présence d'une collection franchement suppurée, reconnue ou non avant l'intervention (phlegmon du ligament large, salpingite, abcès de l'ovaire); on traite alors ces lésions suivant les cas après avoir fait la ligature le plus haut possible, en s'entourant de toutes

les précautions pour ne pas ouvrir le foyer suppuré, puis on drainera par le haut le foyer suppuré, grâce au tamponnement à la Mickulicz, aidé au besoin d'une colpotomie ou d'un drainage par le vagin, après avoir fait, si c'est nécessaire, suivant l'état des lésions rencontrées, une hystérectomie totale ou subtotale, ou bien une simple ablation unilatérale des annexes.

IX. = Adjuvants du traitement chirurgical.

Il est bien évident que le traitement médical ne devra pas être suspendu et devra être associé au traitement chirurgical pour lutter contre l'infection.

Ce sera le traitement général employé couramment contre la fièvre puerpérale et, suivant les préférences de chacun, on mettra en œuvre les vaccins ou la sérothérapie, les abcès de fixation ou les petites transfusions sanguines répétées, les injections intra-veineuses de novarsenobenzol, le tout complété par les toniques cardiaques.

Valeur et Résultats du Traitement Chirurgical des Thrombo-Phlébites suppurées Utéro-Pelviennes

Il est encore très difficile de se faire une opinion sur la valeur du traitement chirurgical en cas de thrombo-phlébite pelvienne suppurée. Les statistiques sont, d'une part, très rares et, d'autre part, très variables d'un auteur à l'autre. Dans beaucoup de cas, on eut la tendance de ne publier que les cas heureux.

Si, jusqu'à présent, certains résultats opératoires n'ont pas été très favorables, cela tient peut-être à ce que l'on n'accepte qu'avec difficulté le diagnostic de phlébite suppurée, maladie locale, et qu'avec plus de difficulté encore l'idée d'une intervention pour une maladie à allure clinique si longtemps trompeuse. Il est probable que les mauvais résultats tiennent pour beaucoup à ce que l'on ne se décide à l'intervention qu'à la période ultime, à « la période pulmonaire de l'affection »; si on osait intervenir plus tôt, dès que le diagnostic peut être posé, il est infiniment probable que les résultats seraient sensiblement meilleurs.

Les statistiques sont, comme nous l'avons dit, très rares : M. HOUEL rapporte les statistiques de MM. VANVERTS et PAUCOT qui, en 1912, avaient réuni 82 cas de phlébites puerpérales traitées chirurgicalement; ces 82 cas avaient été suivis de 49 morts et de 33 guérisons. De 1912 à 1926, il n'a pu collecter que 25 cas d'intervention pour la même maladie, avec 12 guérisons

et 13 morts. Lui-même rapporte, en 1926, une statistique de 16 cas opérés avec 7 guérisons et 9 morts, et, en 1928, 3 décès sur 9 ligatures. MM. JEANNIN et CHOMÉ rapportent, en 1928, à l'Académie de Médecine, 10 cas où ils sont intervenus, avec 7 guérisons.

D'après tous ces chiffres, l'on voit que le taux de la mortalité qui, pour les classiques, était de 72 à 95 % pour les phlébites pelviennes suppurées puerpérales non opérées, décroît considérablement grâce à l'opération. Les résultats en sont nettement encourageants, puisqu'on voit le taux de la mortalité s'abaisser même jusqu'à 33,33 % (HOUEL).

De plus, outre la tendance qu'ont certains auteurs à ne publier que les cas heureux, il faut faire remarquer que les observations rapportées sont fort dissemblables quant à la technique employée, quant à la date de l'intervention et des circonstances opératoires, quant, enfin, au siège du vaisseau ligaturé, ce qui, en réalité, rend peu instructif l'étude, la discussion et la comparaison des statistiques. Seules comptent, peut-on dire sans trop s'avancer, les observations personnelles.

1° Un fait frappe d'abord : c'est la bénignité relative de l'intervention ; les morts opératoires sont extrêmement rares et il paraît exceptionnel que l'opération ait paru aggraver l'état de la malade. Le shock dû à l'intervention est donc minime.

2° Un deuxième fait capital : c'est que les frissons disparaissent définitivement « comme par enchantement », dans la plupart des cas, et que la température tend à descendre à la normale sans présenter désormais ses clochers si impressionnants.

3° Mais il existe des cas malheureux où l'intervention a semblé complètement inutile ; malgré l'intervention, les frissons ne cessent pas ou, après une sédation momentanée, reprennent,

vers le 5^e au 10^e jour, et la mort arrive alors bien souvent, comme le montrent les observations :

- a) Soit par péritonite aiguë;
- b) Soit par abcès pulmonaires multiples ou septico-pyohémie;
- c) Soit par extension de la phlébite et continuation de l'infection, mais il faut remarquer que, dans la plupart de ces cas, tantôt il s'agissait de thromboses étendues pouvant même atteindre la veine rénale gauche (on n'a pas pu lier en aval des lésions et la partie thrombosée demeurée libre a continué à infecter l'organisme), tantôt il s'agissait d'interventions pratiquées lorsque les lésions pulmonaires avaient déjà fait leur apparition (elles ont continué à évoluer), tantôt il s'agissait enfin de cas aigus.

4° Il résulte de ces faits que les cas les plus favorables sont incontestablement les cas de phlébite du pédicule supérieur : la thrombose est alors, en effet, habituellement unilatérale, les lésions de voisinage minimales. Le pronostic opératoire dépend alors essentiellement de l'extension des lésions ; peut-on lier ou non au-dessus de la thrombose ?

Mais dans les phlébites du pédicule inférieur, le pronostic sera toujours plus grave à cause de la bilatéralité fréquente de la thrombose, de l'importance des lésions de voisinage et enfin de la difficulté opératoire.

Pour conclure, la ligature et la résection veineuse doivent trouver leurs indications formelles en cas de phlébite suppurée pelvienne à évolution subaiguë ou lente. C'est le seul moyen d'arracher à une mort certaine la malade atteinte de cette affection. Grâce à l'intervention, la mortalité qui, pour certains auteurs, atteignait même 100 %, est tombée à 50 % et même au-dessous. Les résultats sont encourageants. Peut-être même en cas de pyohémie aiguë d'origine veineuse, la ligature des veines

iliaques primitives ou de la veine cave inférieure, faite très précocement, pourrait-elle être indiquée pour conjurer l'issue fatale. Il faudrait alors avoir un diagnostic posé très tôt et ne pas hésiter à agir chirurgicalement dès la première manifestation pyohémique avant même que le processus suppuratif de la thrombose veineuse ne se soit nettement constitué.

On ne doit donc juger à la légère la ligature et la résection veineuse en cas de phlébite pelvienne suppurée. Avec le temps, la technique pourra encore s'améliorer, les procédés de diagnostic être plus précoces et plus précis, et ainsi l'on verra s'améliorer progressivement le pronostic de cette forme d'infection puerpérale qui, laissée à elle-même, doit être considérée comme à peu près fatalement mortelle.

Observations

Les observations qui vont suivre nous ont été, pour la plupart, communiquées par M. CHOMÉ, que nous tenons encore à remercier vivement de la grande aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

Nous rapportons 24 observations de phlébite utéro-pelvienne d'origine puerpérale, parmi lesquelles il y a :

I. — 5 Observations de phlébite simple,

dont 4 ont été compliquées d'embolies pulmonaires;

2 de phlegmatia alba dolens;

avec 4 guérisons;

1 mort par infection généralisée.

II. — 19 Observations de phlébite suppurée :

1° 12 Ligatures ou résections ont été pratiquées,

avec 7 guérisons;

5 morts, dont 1 par péritonite;

2 par continuation de l'infection;

2 par abcès pulmonaires.

Mortalité : 41,5 %.

2° 7 cas n'ont pas été opérés,

avec 1 guérison (une forme intermédiaire avec la septicémie);

6 morts (5 pyohémies aiguës, et 1 phlébite suppurée avec grosse phlegmatia et haute gravité de l'état général).

Thrombo-Phlébites Pelviennes simples

Obs. I	Avortement	Embolie pulm.	Guérison
Obs. II	Avortement	Embolie pulm. Phlegmatia Erysipele	Mort par infection générale
Obs. III	Accouchement naturel à terme	Embolie pulm.	Guérison
Obs. IV	Accouchement naturel à terme	Phlegmatia Abscess pelvien	Guérison après colpotomie
Obs. IV <i>bis</i>	Accouchement naturel à terme	Embolie pulm. discrète	Guérison

Phlébites Suppurées Utéro-Pelviennes Puerpérales

N ^{os} des Observations	Accouchement ou Avortement	Opération pratiquée	Lésions rencontrées	Evolution et résultats
V	Accouchement naturel à terme	Ligature de la veine utéro-ovarienne gauche au niveau de son embou- chure dans la veine rénale	Phlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne gauche et de la veine rénale	Mort le 6 ^e jour Absès pulmonaires multiples
VI	Avortement de 3 mois (curettage)	Ligature de la veine iliaque primitive gauche	Phlébite suppurée, de l'hypogastrique gauche	Mort le 10 ^e jour par extension de la phlébite
VII	Accouchement à terme av. forceps et délivrance artificielle	Résection de la veine utéro-ovarienne droite Hystérectomie subtotale	Phlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne droite	Guérison
VIII	Accouchement spontané à terme	Ligature de la veine iliaque primitive droite	Phlébite suppurée de la veine hypogastrique droite	Guérison
IX	Accouchement naturel à terme	Ligature de la veine utéro-ovarienne droite	Phlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne droite	Guérison

X	Accouchement naturel à terme	Ligature des deux veines utéro-ovariennes	Phlébite des deux veines utéro-ovariennes	Guérison (malgré la continuation des frissons après l'intervention)
XI	Accouchement naturel à terme hémorragie après la délivrance	Réssection de la veine utéro-ovarienne gauche Hystérectomie	Phlébite de la veine utéro-ovarienne gauche	Guérison
XII	Accouchement naturel à terme Grosse hémorragie après la délivrance Curetage	Réssection de la veine utéro-ovarienne droite et des annexes droites	Phlébite de la veine utéro-ovarienne droite	Mort le 3 ^e jour (Absès pulmonaires multiples)
XIII	Accouchement à terme av. forceps et délivrance artificielle	Réssection de la veine utéro-ovarienne droite	Phlébite de la veine utéro-ovarienne droite	Guérison
XIV	Accouchement dystocique (extraction d'un monstre)	Ligature de la veine cave inférieure et de la veine utéro-ovarienne droite Incision et drainage de la veine utéro-ovarienne gauche	Phlébite supprimée des deux veines hypogastriques et des deux veines utéro-ovariennes	Guérison

Phlébites Suppurées Utéro-Pelviennes Puerpérales

N ^{os} des Observations	Accouchement ou Avortement	Opération pratiquée	Lésions rencontrées	Evolution et résultats
XV	Accouchement naturel à terme Rétention de cotylédons (Curage digital et Curettage)	Ligature de la veine iliaque primitive gauche	Phlébite suppurée de la veine hypogastrique gauche	Mort (par continuation de l'infection)
XVI	Avortement de 3 mois (Curage digital)	Ligature de la veine iliaque primitive droite	Phlébite de la veine hypogastrique droite	Mort le 5 ^e jour de péritonite
XVII	Accouchement naturel à terme	Pas d'intervention (forme intermédiaire avec la septicémie)	Phlébite suppurée de la veine hypogastrique gauche, avec hémoculture positive et phlegmatia	Guérison
XVIII	Accouchement naturel à terme	Pas d'intervention	Phlébite de la veine hypogastrique gauche, avec phlegmatia et très mauvais état général	Mort

XIX	Avortement de 3 mois (Curettage)	Hystérectomie vaginale	Pyohémie aiguë Hémoc. +	Mort
XX	Accouchement à terme av. forceps	Pas d'intervention	Pyohémie aiguë Hémoc. +	Mort
XXI	Accouchement naturel à terme	Pas d'intervention	Pyohémie aiguë Hémoc. +	Mort
XXII	Accouchement à terme av. forceps et délivrance artificielle	Pas d'intervention	Pyohémie aiguë Hémoc. +	Mort
XXIII	Avortement de 3 mois (Curettage)	Pas d'intervention	Pyohémie aiguë Hémoc. +	Mort

OBSERVATION I

Madame BOI... Angèle, II pare, 27 ans.

Avortement.

Thrombo-phlébite simple avec embolie.

Guérison.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Première grossesse normale en 1920.

La 2^e grossesse se termine par un avortement de 3 mois environ; cet avortement étant suivi de fièvre et les hémorragies ne cessant pas, elle entre au pavillon Siredey, le 11 mars, avec une température à 40°.

A l'examen (12 mars) (M. CHOMÉ), on trouve un utérus en antéflexion avec col fermé, rien à droite; l'angle gauche est douloureux et on sent un cordon douloureux dur, qui se prolonge dans la partie supérieure du ligament large.

Le 15 mars, T. 39°, pouls 120; on trouve un utérus fermé mobile et un cordon qui semble partir de l'angle gauche de l'utérus; la température persiste en plateau à 39° et pouls 120 avec très faibles oscillations, sans aucun frisson et ceci pendant une dizaine de jours.

Le 19 mars, elle ressent un point de côté (quelques râles à la base droite).

Le 20, le point de côté persiste; au niveau de la sphère génitale, on sent une infiltration vasculaire des deux côtés, le long des parois pelviennes.

Les jours suivants, les signes pulmonaires s'atténuent, la

température baisse lentement et ne revient à la normale qu'au bout de quinze jours.

La malade sort guérie le 29 avril.

OBSERVATION II

Madame BRAS... Marie, VI pare, 35 ans.

Avortement de 4 mois.

Thrombo-phlébite pelvienne simple, avec extériorisation tardive (phlegmatia alba dolens double), embolies pulmonaires et erysipèle.

Pas d'intervention; décès.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} Grossesse en 1914 : fille vivante.

2^e Grossesse en 1919 : accouchement gémellaire.

3^e Grossesse en 1920 : fausse couche de 5 mois.

4^e Grossesse en 1921 : fausse couche de 6 mois $\frac{1}{2}$.

5^e Grossesse en 1922 : fausse couche de 7 mois.

La 6^e grossesse actuelle se termine par un avortement en 2 temps de 4 mois, le 5 mars 1924.

Le 12 mars, on constate que la région annexielle gauche est douloureuse, le cul-de-sac du même côté est un peu empâté; le col est fermé, l'utérus est gros et mou. Il y a un peu de fièvre (38°2).

Le 18 mars, on trouve, au niveau de l'épine sciatique gauche, contre la paroi pelvienne, une petite tuméfaction du volume d'une noix, douloureuse, mal limitée vers le haut, tout

à fait immobile, mais pas de cordon sur les trajets veineux; la température oscille autour de 38°.

Le 23 mars, la malade est prise d'un violent point de côté avec dyspnée et angoisse; un crachat hémoptoïque ne tarde pas à survenir; le pouls est incomptable.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, la température ne dépasse pas 38°. *Aucun frisson*. On constate, au niveau de la base gauche, les signes stéthoscopiques de l'infarctus.

Le 4 avril, survient un œdème du membre inférieur droit, qu'on immobilise.

Le 7 avril, œdème du deuxième membre inférieur; la température est toujours voisine de la normale.

Le 30 avril, les œdèmes ont disparu, mais il persiste un escarre du sillon interfessier.

Le 9 mai, la malade se plaint d'un point douloureux vésiculaire, augmenté par la palpation.

Le 10 mai, survient une strepto-coccie cutanée de la cuisse droite; les urines sont fortement albumineuses.

Le 13, la température monte à 40° (pouls 120) et s'y maintient en oscillant légèrement; l'état général s'altère rapidement, l'escarre s'étend.

Décès le 19 mai.

OBSERVATION III

Madame NEN... Rachel, I pare, 19 ans.

Accouchement naturel à terme.

Thrombo-phlébite pelvienne simple de l'hypogastrique droite et de ses branches, avec embolies pulmonaires.

Pas d'intervention. Guérison.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

La malade accouche spontanément à terme, le 19 mai, d'une fille vivante, pensant 2.500 gr.; délivrance naturelle et complète, 500 gr.

Le 23 mai, elle est passée au pavillon Siredey pour température 39°2; les lochies sont fétides.

Le 26 mai, T. 39°6, pouls 130. A l'examen, l'utérus est petit, indolore, le col fermé; à droite, on sent une masse grosse comme le pouce, au niveau de l'épine sciatique, plaquée contre la paroi pelvienne, et on oriente le diagnostic vers l'idée d'une phlébite utéro-pelvienne.

Le 27 mai, la malade se plaint du mollet et du creux poplité droits, mais il n'y a pas d'œdème; immobilisation de la jambe droite.

Les jours suivants, la température oscille régulièrement, 38° le matin, 39° le soir, mais *aucun frisson*.

Le 4 juin, la malade se plaint d'un point de côté et d'une gêne respiratoire; rien à l'auscultation.

Le 5 juin, à l'examen local du bassin : à droite, toujours même état; à gauche, on sent nettement un cordon induré longeant la paroi pelvienne depuis l'épine sciatique jusqu'au trou obturateur.

Le 14 juin, on constate les signes d'une réaction pleurale droite (mâtité, souffle); l'utérus est mobile; à droite, on ne perçoit plus rien; à gauche, toujours le même cordon le long de la paroi pelvienne.

Les jours suivants, les signes s'améliorent, la température ne dépasse plus 38°, mais le pouls reste rapide aux environs de 120.

Le 19 juin, l'auscultation ne révèle plus que quelques petits frottements pleuraux.

Le 7 juillet, l'utérus est petit, mobile; à droite, au toucher, on sent encore, au-dessus de l'épine sciatique, un cordon dur, mais non douloureux; à gauche, on sent toujours le même cordon

filant vers le trou obturateur. L'état général est excellent, et la malade sort le 15 juillet.

OBSERVATION IV

Madame DUCO... Marie, 1 pare, 25 ans.

Accouchement naturel à terme.

Thiombo-phlébite pelvienne simple avec phlegmatia alba dolens et abcès pelvien.

Colpotomie. Guérison.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

La femme accouche à terme, normalement, en ville, le 28 avril 1923.

Le 9 mai, elle est transportée au pavillon Siredey, pour T. à 40° (120 pulsations). Glace.

Après quelques jours de fièvre oscillant autour de 38°, la température retombe à la normale, vers le 21 mai, mais le pouls reste rapide aux environs de 100.

Le 30 mai, apparaît une phlegmatia alba dolens droite; on immobilise la jambe.

Le 4 juin, à l'examen génital (M. CHOMÉ), on constate que l'utérus est petit, le col fermé; l'utérus est reporté à droite, mobile dans tous les sens; en arrière, le Douglas est occupé par une masse rénitente, qui a l'apparence d'un kyste du volume d'une grosse orange; à la base du ligament large droit, on sent un cordon dur allant se perdre sur la paroi pelvienne, où il se continue par une masse diffuse.

Le 12 juin, on sent nettement un cordon induré le long de la paroi pelvienne droite.

La tumeur kystique est sans changement; la température

n'est pas élevée, elle oscille autour de 38°, le pouls autour de 100. Aucun frisson n'est noté.

Le 23 juin, on constate que la tumeur kystique a beaucoup augmenté, qu'elle remplit tout le Douglas et qu'elle remonte à 3 travers de doigts au-dessus du pubis; l'utérus est très élevé et dévié à droite.

Le 2 juillet, l'utérus est refoulé de plus en plus en haut, la masse de plus en plus bombante.

Le 6 juillet, colpotomie (M. JEANNIN), donnant issue à une grande quantité de pus fétide.

Le 17 juillet, l'incision paraît complètement fermée, l'utérus est en avant, mais mobile.

La malade sort guérie le 20 juillet.

OBSERVATION IV *bis*

Madame PHI... Maria, II pare, 28 ans.

Accouchement naturel à terme.

Thrombo-phlébite simple avec embolie pulmonaire.

Guérison.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents physiologiques et héréditaires sans intérêt.

Antécédents pathologiques : séjour de 6 mois dans un sanatorium, à 18 ans.

Antécédents obstétricaux : 1^{re} grossesse en 1923 (accouchement normal à terme, garçon vivant).

La grossesse actuelle a été normale, ainsi que l'accouchement, le 9 octobre 1924.

Le 3^e jour des suites de couches, la malade fait un frisson; la température monte à 38°; la température persistant, elle entre au pavillon Siredey, le 12 octobre.

A l'examen (13 octobre), gros utérus douloureux; T. 38°, pouls 100 (glace).

Le 16, survient un frisson durant 10 minutes (T. 40°2, pouls 130). La température se met à osciller.

Le 20 octobre, examen de M. CHOMÉ :

Utérus de volume normal, mobile, peu douloureux; la corne droite se prolonge, comme s'il y avait une légère infiltration du pédicule supérieur; on injecte du sérum antistreptococcique.

Le 24 octobre, survient une légère hémorragie avec caillots; révision utérine; la température oscille entre 39 et 40°, sans frissons.

Le 25 octobre, hémoculture négative; l'utérus est maintenant gros et mou, le cordon veineux moins nettement senti.

Le 27 octobre, survient un point de côté violent dans le côté droit; on entend des râles fins à la partie moyenne du poumon; l'utérus est beaucoup moins gros, le col est fermé; aucune douleur au niveau de la corne droite.

Le 29 octobre, les signes fonctionnels pulmonaires (toux, point de côté, dyspnée) et stéthoscopiques, persistent. On sent toujours, au toucher l'infiltration du pédicule supérieur droit.

A partir du 31 octobre, l'état général s'améliore nettement de jour en jour; la température retombe à la normale et y persiste, ainsi que le pouls. Les signes pulmonaires disparaissent.

La malade se lève vers le milieu de novembre; à cette époque, on ne sent plus le cordon veineux.

La malade sort guérie le 11 décembre; elle a présenté, en tout, 2 frissons.

OBSERVATION V

Madame MAY..., primipare, 20 ans.

Accouchement à terme.

Phlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne gauche et de la veine rénale.

Ligature de la veine utéro-ovarienne gauche, au niveau de son embouchure dans la veine rénale.

Mort le 6^e jour : abcès pulmonaires multiples.

(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents personnels et héréditaires : rien de particulier.

La grossesse a été normale comme évolution et la femme accouche chez elle à terme, le 31 octobre 1926, d'un garçon vivant, pesant 3.500 gr. Accouchement normal.

Les premiers jours des suites de couches furent tout à fait normaux et le 11^e jour, la femme se lève et se sent relativement bien, mais le 12^e jour, apparaissent des frissons et des vomissements, ainsi que des douleurs lombaires et abdominales principalement du côté gauche. Malgré le repos, la malade se sent de moins en moins bien et les jours suivants des frissons reviennent durant plus ou moins longtemps. Elle prend alors sa température : 40°. Sur le conseil d'un médecin, elle se décide à entrer à l'hôpital dans la soirée du 18 novembre. On l'admet dans un service de chirurgie où elle présente de nouveaux frissons.

Le 19 novembre, sa température est : 40°6, le pouls à 124. On lui fait du sérum Leclinché et on lui pose une mèche imbibée du même sérum, et le même jour, on la passe à la Maternité (pavillon Siredey).

A son entrée dans le service, on enregistre les signes suivants :

Le 20 novembre : température, 40°6 et 39°4; pouls 120, mou.

On constate que la malade est très pâle, avec léger subictère. La langue est saburrale, la dyspnée marquée (40 respirations à la minute), tension artérielle 13-6 (appareil de Vaquez).

Palpation de l'abdomen : tension des muscles abdominaux plus accusée à droite qu'à gauche. Utérus de volume normal. Foie et rate d'apparence normale.

Auscultation du cœur : le premier bruit est assourdi à la pointe et l'on entend, dans la région précordiale un très léger souffle présystolique.

Toucher : col complètement fermé. Utérus mobile dans tous les sens. Rien dans les culs-de-sacs. Aucune douleur du côté des troncs veineux.

Traitement institué : huile camphrée matin et soir; novarsenobezol; abcès de fixation.

Dans la soirée, elle fait un frisson durant une demi-heure.

Le 21 novembre : hémoculture négative. L'abcès de fixation ne prend pas. Même état général.

Le 22 novembre, température $39^{\circ}4$, pouls 136, 40 respirations. A midi, nouveau frisson. On fait du sérum de convalescent (10 cm³). Même mauvais état.

Le 23 novembre, on fait 20 cm³ de sérum de convalescent et un nouvel abcès de fixation.

Le 24 novembre, à 2 heures du matin, frisson durant 10 minutes environ. A 16 heures, nouveau frisson identique au précédent. A 19 heures, 3^e frisson plus long (20 minutes).

Le 25 novembre, nouveau frisson. Température $39^{\circ}8$; pouls, 120.

Le 26 novembre, les frissons continuent. On fait une piqûre de propidon.

Dans la nuit du 27 au 28, nouveau frisson extrêmement violent et prolongé, où la température monte à 42° .

Le 29 novembre, l'état général décline nettement.

Le 30 novembre, on trouve la malade très pâle, somnolente et dyspnéique, avec température $39^{\circ}8$, pouls 132, respiration 40. On décide d'intervenir.

Intervention à 12 heures (opérateur, M. CHOMÉ). Anesthésie rachidienne complétée par quelques bouffées d'éther) : Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Exploration de l'utérus et de ses annexes, qui montre une phlébite de la veine utéro-ovarienne gauche; la veine est grosse comme un crayon et très dure. Pas de réaction périphlébitique. On récline le côlon sigmoïde à droite : le méso-sigmoïde étant très large et long, le permet aisément. On incise le péritoine au niveau du détroit supérieur, on recherche l'uretère, qui est récliné, puis, par l'incision péritonéale, on pénètre dans l'espace rétro-péritonéal. On arrive à la partie supérieure de la veine utéro-ovarienne, au niveau de son embouchure dans la veine rénale. A ce point, *on place une première ligature située en zone thrombosée*, puis une deuxième plus bas, et on sectionne la veine entre les deux ligatures au thermocautère. Mèche au niveau de la section au bouillon-vaccin. Fermeture du péritoine sans autre drainage. Sérum : 500 cm³. Huile camphrée. La malade supporte bien l'opération.

Dans la soirée, survient un frisson de 20 minutes avec température à 40°.

Le 2 décembre, la malade, nullement fatiguée par l'intervention, se sent relativement bien mieux. Température, 38°8, pouls 132, respiration 50.

Le 3 décembre, l'état général s'aggrave de nouveau; elle devient de plus en plus dyspnéïque. Elle s'affaiblit de plus en plus et se met à délirer doucement. Elle entre dans le coma dans la nuit du 5 au 6 décembre, et meurt à 7 h. 30 le matin du 6 décembre, 6 jours après l'intervention.

Autopsie : Suppuration veineuse ayant largement envahi la veine rénale gauche.

Abcès pulmonaires multiples.

OBSERVATION VI

Madame Tl... Alice, VIII pare, 30 ans.

Avortement de 3 mois, curettage.

Phlébite suppurée de l'hypogastrique gauche.

Ligature de la veine iliaque primitive gauche.

Mort, le 10^e jour, par extension de la phlébite.

(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} Grossesse en 1911 : accouchement normal à terme d'un garçon vivant, décédé à 4 ans de broncho-pneumonie.

2^e Grossesse en 1913 : accouchement normal à terme : fille décédée à 2 ans de méningite.

3^e Grossesse en 1915 : accouchement normal à terme : fille vivante.

4^e Grossesse en 1917 : accouchement normal à terme : garçon vivant.

5^e Grossesse en 1919 : accouchement normal à terme, garçon vivant.

6^e Grossesse en 1924 : avortement de 2 mois.

7^e Grossesse en 1924 : avortement de 2 mois.

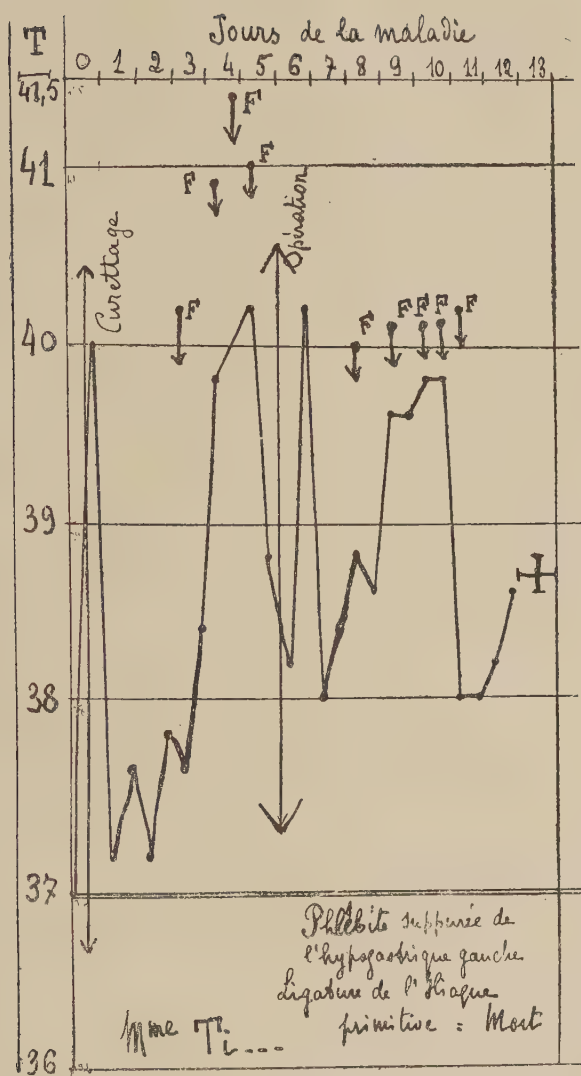
8^e Grossesse en 1925 :

Les dernières règles de cette grossesse datent du 8 mai et la malade dit avoir présenté des pertes de sang dès le début de sa grossesse, s'accompagnant de douleurs lombaires.

Le 19 juillet, elle présente un frisson.

Le 20 juillet, elle a des douleurs hypogastriques et lombaires suivies de pertes rouges.

Le 21 juillet : pertes rosées.



Le 22 juillet : pas de pertes dans la matinée. Avant de monter dans l'ambulance, elle expulse son fœtus au milieu de gros caillots. Elle est transportée à la Maternité de la Pitié (Siredey).

A son entrée, on la trouve très pâle, les muqueuses sont décolorées (pouls 100). On fait 500 cm³ de sérum et de l'huile camphrée.

Le 23 juillet, curetage (M. CHOMÉ) ramenant des débris placentaires : injection intra-utérine iodée.

Dans la soirée, la température à monte à 40°, le pouls à 120, sans frisson.

Mais, dès le lendemain, l'état général s'améliore nettement, la température retombe brusquement à 37°2, le pouls à 98 et, pendant quelques jours, la température ne dépasse pas 38°.

Le 27 juillet, réascension brusque de la température à 40° dans la soirée avec pouls à 120. Bientôt surviennent 2 grands frissons, au cours desquels la température dépasse 41°, le pouls 140. Les frissons vont se répéter à court intervalle (4 en tout).

Le 28 juillet, à l'examen, on trouve un utérus petit, mobile dans tous les sens : on sent, le long de la paroi pelvienne gauche, un empâtement qui commence au niveau de la grande échan-crure sciatique et se prolonge sous forme d'un cordon en avant, n'atteignant pas tout à fait le trou obturateur.

Etat général assez bon : température 39°, pouls 130. Foie petit, rate un peu grosse.

Laparotomie pour phlébite suppurée de la veine hypogastrique gauche (opérateur, M. CHOMÉ).

Péritoine sain.

Infiltration de la base du ligament large gauche.

Pédicules supérieurs intacts.

Décollement de l'anse sigmoïde : hémorragie assez abondante par déchirure d'une petite veine du plexus pampiniforme.

Ligature du pédicule supérieur gauche. Libération de l'artère iliaque primitive gauche. On la récline en dehors pour aborder la veine qui est énorme, et dont la paroi est épaissie. Ligature au catgut. Mickulicz.

La température monte à 40° le soir de l'intervention. Pouls, 146.

Le 31 juillet : œdème rouge du membre inférieur gauche. La température oscille entre 38 et 39°; le pouls reste très rapide autour de 140.

Le 2 août, la température monte en plateau non loin de 40°, le pouls est toujours à 140.

Etat général stationnaire : 2 frissons réapparaissent. L'œdème du membre inférieur diminue; par contre, on constate une circulation collatérale très apparente.

Le 3 août, nouveau frisson. Circulation collatérale de plus en plus apparente. Ventre légèrement ballonné mais souple. Température 38°, pouls 110, mais vomissements fécaloïdes avec diarrhée fétide.

Mort le 4 août.

Autopsie le 6 août.

Pas de péritonite : sérosité légèrement louche dans le petit bassin. Utérus petit, mobile en tous sens. Infiltration de la base du ligament large gauche; à l'ouverture de ce ligament, on ne constate ni abcès, ni phlegmon.

Toutes les veines étant disséquées, on note :

1° Au-dessus de la ligature de la veine iliaque primitive, les parois veineuses sont épaissies, mais il n'y a pas de pus dans la veine;

2° Au-dessous de la ligature, suppuration avec pus dans la veine hypogastrique et dans les branches suivantes : veines vésico-utérines, vésicale pelvienne. La portion initiale des veines utérines contient un thrombus, mais pas de pus. La veine

iliaque externe contient un gros thrombus, mais ses parois sont souples et saines. La veine sacrée et la veine obturatrice sont saines.

Poumons : œdème diffus, mais pas de foyers d'infarctus.

Rate : grosse et diffluent.

La sérosité qui s'écoulait de la veine hypogastrique contenait du streptocoque en abondance.

OBSERVATION VII

Madame St... Léontine, primipare, 28 ans.

Accouchement dystocique (forceps, délivrance artificielle).

Phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Réséction de la veine utéro-ovarienne droite et hystérectomie subtotale.

Guérison.

(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires : parents morts de tuberculose pulmonaire. Une sœur bien portante.

Rien de particulier dans les antécédents personnels, sauf une opération en 1926, pour hernie ombilicale.

L'histoire de la grossesse a été normale. La femme accouche le 24 novembre 1927, après application de forceps, le travail ayant duré 24 heures. Forceps sur le sommet. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.400 gr. On fait, deux heures après l'accouchement, une délivrance artificielle par enchatonnement du placenta dans la corne utérine gauche.

Aussitôt après, la malade fait un frisson et la température monte à 40; puis elle reste apyrétique quelques jours, avec pouls battant aux environs de 100.

Le 6^e jour après son accouchement, la température remonte à 40°5 avec 144 pulsations.

Le 7^e jour, survient un grand frisson avec température à 41°.

Le 8^e jour, 2 frissons de 20 minutes avec température à 40°5.

Dès lors, des frissons intenses et prolongés de 15 à 20 minutes vont apparaître quotidiennement avec température largement oscillante (37°6 le matin avec 100 pulsations, 40°5 et plus le soir avec 150 pulsations et plus, accompagnant les frissons). Cependant, l'état général ne paraît pas très affecté, la malade est légèrement dyspnéique (30 respirations par minute). La langue est humide, le poulx bien frappé et même on ne constate aucune pâleur particulière.

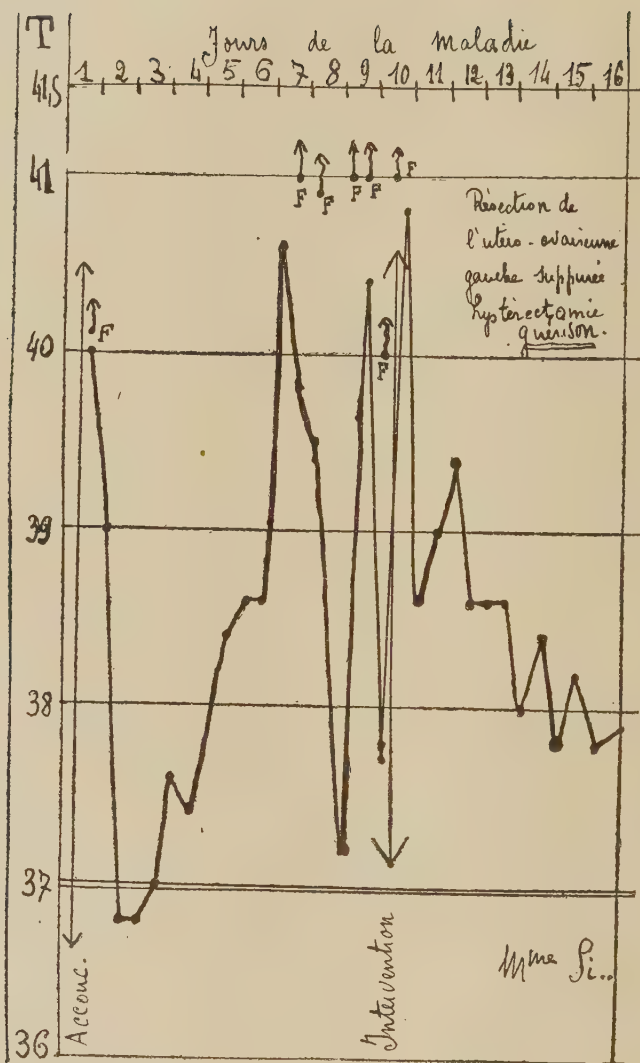
Le ventre n'est pas ballonné, l'utérus est un peu gros et mou, douloureux, et on provoque une très légère douleur au niveau des cornes utérines.

A cause de ces frissons répétés et quotidiens, on fait le diagnostic de phlébite utéro-pelvienne suppurée sans pouvoir en préciser le siège, en l'absence de tout signe local.

Intervention le 3 décembre (opérateur, M. CHOMÉ).

Laparotomie pour phlébite utéro-pelvienne suppurée : ouverture du péritoine. Tous les organes paraissent sains. Utérus un peu gros et mou. Les ligaments larges sont souples, ainsi que les ligaments infundibulo-pelviens. Du côté gauche, les veines du plexus pampiniforme sont légèrement indurées. En explorant le pédicule utéro-ovarien en entier, on trouve, à environ 5 à 10 cm. au-dessus du pôle externe de l'ovaire, un énorme épaissement de tout le pédicule. A partir de cet endroit, le pédicule, gros comme le pouce, est épaissi et induré jusqu'au niveau de l'embouchure de la veine utéro-ovarienne. *La veine rénale elle-même paraît thrombosée.*

Pour aborder la veine spermatique thrombosée, on décolle le côlon descendant et on le récline en dedans, on arrive ainsi sur les vaisseaux thrombosés et on les suit jusqu'à la veine rénale. Cette



dissection étant terminée, on fait une hystérectomie subtotale après ligature préalable des pédicules. On enlève ensuite en bloc l'utérus et le pédicule utéro-ovarien gauche, après avoir mis une ligature sur la veine utéro-ovarienne au niveau de la veine rénale. Péritonisation du petit bassin. On met un Mickulicz dans le décollement du côlon descendant et au contact de la ligature veineuse. Au moment où l'on termine la réfection de la paroi, la malade est secouée par un frisson.

Suites opératoires.

Malgré la gravité de l'intervention, les suites opératoires ont été remarquablement bonnes. La malade n'a pas présenté le moindre shock. *Les frissons n'ont plus reparu.* La température est descendue en lysis progressif et oscillations décroissante. La langue est humide, le pouls bien frappé, le ventre souple non douloureux. L'état général devient de plus en plus satisfaisant.

Ablation du Mickulicz le 13 décembre, des fils de bronze le 18 décembre. On sent alors une infiltration dans la partie haute du ligament large.

L'orifice laissé par le Mickulicz est cependant long à se fermer; il en sort longtemps une grande quantité de pus.

La malade sort guérie de la Maternité au début de janvier.

OBSERVATION VIII

Madame BÉ... Georgette, 20 ans, primipare.

Accouchement spontané à terme.

Phlébite suppurée de la veine hypogastrique droite.

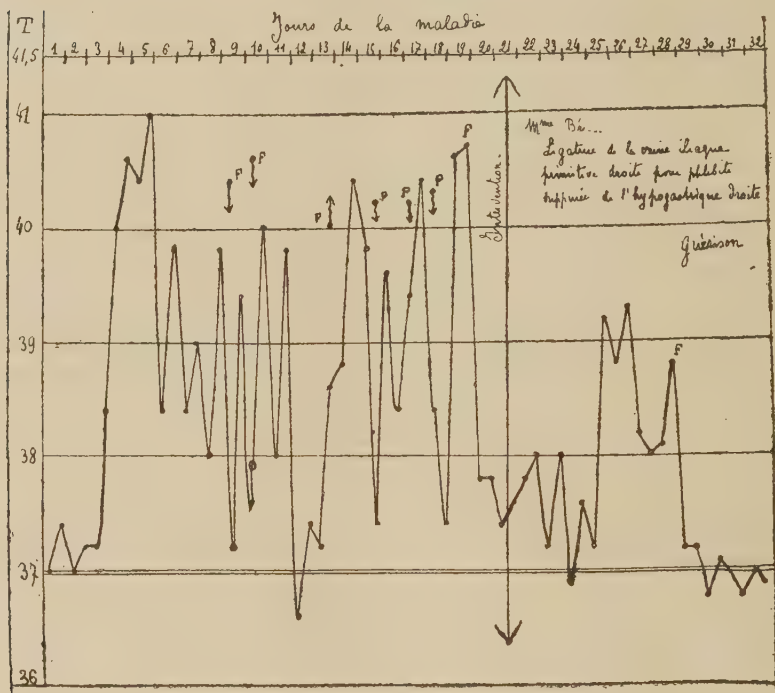
Ligature de la veine iliaque primitive droite.

Guérison.

(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents personnels et héréditaires sans intérêt.

L'évolution de la grossesse a été normale. Il en a été de même pour le travail : accouchement, le 21 janvier 1927, d'un garçon vivant, pesant 2.720 grammes. La délivrance s'effectue naturellement, mais il y a rétention partielle de membranes.



Le 3^e jour après son accouchement, elle est prise brusquement d'un violent frisson avec température 40°, pouls 144. La malade est transportée, le 24 janvier, à l'Isolément.

Examen d'entrée : température à 40°, pouls à 140, mais état général paraissant bon (facies légèrement coloré, langue humide). Examen obstétrical : utérus gros, mou, douloureux au niveau de la corne gauche. On pratique une révision utérine

suivie d'un tamponnement au bouillon-vaccin. Frisson après l'intervention; le soir, la température monte à 41°, pouls 144.

Pendant les jours suivants, la température va décrire des oscillations de plus en plus grandes. Le matin, la température oscille autour de 38°, le soir autour de 40°. La courbe du pouls suit à peu près celle de la température.

Le 29, nouveau frisson. Le ventre est légèrement ballonné, l'utérus est un peu douloureux au niveau des deux cornes, mais il n'est pas très volumineux.

Le 30, nouveau frisson, plus important que celui de la veille. La malade est pâle, se plaint de céphalée, d'insomnie.

Le 31, la température tend à baisser un peu et le 1^{er} février au matin, elle est à 37° avec pouls à 90, mais l'accalmie est courte et le 2 février apparaît un nouveau frisson, et au toucher on trouve alors une infiltration de la base du ligament large droit. Tout le cul-de-sac vaginal droit est douloureux.

Le 4 février, frisson extrêmement violent et, dès lors, les frissons se rapprochent de plus en plus, deviennent de plus en plus intenses et la température de plus en plus élevées et oscillante avec écarts de plus en plus grands. Dans l'intervalle des frissons, l'état général paraît relativement bon.

Les 6, 7, 8 février, on pratique chaque fois des hémocultures dans l'heure qui suit le frisson : elles sont toutes négatives.

Cependant, l'état général finit par s'altérer manifestement : la malade pâlit davantage, devient dyspnéique (30 respirations à la minute). La langue devient sèche; l'anorexie s'installe.

On fait le diagnostic de phlébite utéro-pelvienne suppurée du pédicule utérin inférieur droit, et le 10 février, après avis de M. JEANNIN, on intervient (M. CHOMÉ).

Intervention : 10 Février (opérateur, M. CHOMÉ).

Laparotomie médiane. On note :

1° L'intégrité des pédicules utéro-ovariens;

- 2° L'aspect absolument normal de l'utérus et de ses annexes;
- 3° Une infiltration de la base du ligament large à droite;
- 4° Sur le trajet de la veine hypogastrique droite, on trouve un gros cordon dur qui représente la veine hypogastrique thrombosée.

Dissection de l'artère iliaque primitive droite : on la récline en dehors. On aborde la veine iliaque primitive droite qu'on lie. Fermeture du péritoine sans drainage.

Suites opératoires.

La malade supporte admirablement l'intervention. Pas de nouveaux frissons. La température ne dépasse pas 38, le pouls 100. L'état général est bon.

Vers le 5^e jour après l'intervention, survient une petite poussée fébrile à 39° avec pouls à 120, qui dure quelques jours. A ce moment, on note un léger œdème du membre inférieur droit : mais, dès le 8^e jour, la température redescend à 37° et y reste définitivement.

La malade entre en convalescence, s'alimente, se lève le 20^e jour après l'intervention. Elle sort guérie de l'hôpital le 20 mars.

OBSERVATION IX

Madame OL..., V pare.

Accouchement à terme.

Phlébite suppurée de la veine utéro-ovarienne droite.

Ligature de la veine utéro-ovarienne droite.

Guérison.

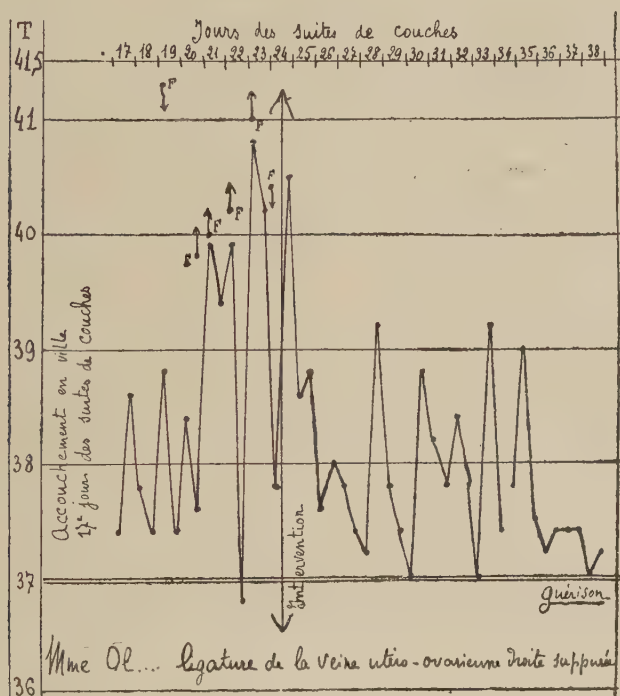
(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, pathologiques et physiologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1914, normale, mais procidence du cordon lors de l'accouchement. Enfant mort. Suites de couches normales;

2^e, 3^e, 4^e grossesses et accouchements normaux en 1920, 1921, 1923.



La grossesse actuelle a évolué normalement : la femme accouche chez elle le 27 août 1924.

Le 5 septembre, elle fait des frissons intenses et répétés durant une demi-heure.

Le 12 septembre; nouveaux frissons.

Elle entre le 12 au pavillon Siredey.

Examen d'entrée : col entièrement fermé, utérus petit, mobile dans tous les sens. Pas la moindre infiltration des ligaments larges. Annexes droites un peu augmentées de volume, mais non douloureuses.

Bon état général : langue humide; température, 37°4, pouls 104.

Le 15 septembre, violent frisson dans la nuit (température 40). Hémoculture négative.

Les jours suivants, l'état général est parfait. La température oscille légèrement autour de 38, le pouls autour de 100, mais dès le 17, de nouveaux frissons vont réapparaître de plus en plus intenses et rapprochés, avec des crochets thermiques atteignant 41°. En dehors des frissons, l'état général est bon. La langue humide.

Le 18, à l'examen, on constate une douleur dans la fosse iliaque droite et, en particulier, des points douloureux au niveau du point de Mac Burney et de l'angle droit de l'utérus. Au toucher, on perçoit un cordon douloureux partant de l'angle utérin. L'utérus est petit, mobile, non douloureux.

Intervention le 20 septembre (M. CHOMÉ).

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Utérus légèrement rouge, mais mobile dans tous les sens. A gauche, pédicules normaux, ligament large mince et non infiltré. A droite, ligament large oedématié mais la base est libre. L'exploration du pédicule supérieur droite montre qu'à partir de l'ovaire, il est très épais, augmenté de volume et cela aussi haut que le permet l'exploration (presque jusqu'à l'embouchure dans la veine cave). Son volume est celui d'une gros pouce. Le cæcum est assez mobile et se laisse remonter. Le long de la portion terminale de l'iléon, on fait l'incision longeant la base de l'insertion du mésentère,

ce qui permet de remonter le grêle très largement. On prolonge l'incision par en bas jusqu'au niveau du détroit supérieur pour aller reconnaître l'uretère. L'uretère, une fois reconnu, est libéré et récliné en dedans. Ceci fait, on dissèque le pédicule avec de grandes difficultés parce que le péritoine épaissi est très adhérent. Au cours de cette dissection, on reconnaît les veines volumineuses épaissies et dures : une petite veinule est sectionnée et, à ce moment, on voit sourdre une goutte de pus. On ne peut pousser la dissection jusqu'à la zone thrombosée. On est obligé de poser la ligature presque en plein thrombus, au-dessus du croisement de l'uretère (entre 2° et 3° lombaire). Ligature au catgut. Mise en place d'un Mickulicz. Fermeture en 3 plans.

Suites opératoires.

La malade a admirablement supporté l'intervention. Elle a présenté, dans la soirée, un léger frisson avec température à 40°.

Le 21 septembre, bon état général. Langue un peu sèche. Ventre ballonné, non douloureux. Pas de nouveaux frissons.

Le 22, bon état général, langue humide, pouls bien frappé. Ventre souple non douloureux. Légère dyspnée. La température tombe progressivement en lysis vers la normale.

Le 23, selle spontanées.

Le 25, ablation de la mèche du Mickulicz.

Le 26, la température remonte le soir à 39°, mais sans frisson.

Le 29, bon état général. On ôte la 2° mèche du Mickulicz. La température monte le soir à 39°1.

Le 30, légère dyspnée. Pouls rapide, dépressible.

Le 1^{er} octobre, ablation des crins. Irrigation au Dakin.

Le 27, extraction du sac de Mickulicz assez pénible (on avait fait des tentatives infructueuses les jours précédents).

La température est, avec le pouls, depuis longtemps revenue à la normale.

Le 31 octobre, examen; utérus fixé et culs-de-sacs empâtés.
La malade sort le 7 novembre.

Le 10 novembre, elle revient consulter : Utérus mobile dans tous les sens. Infiltration dans la partie supérieure du ligament large à droite. Cul-de-sac gauche légèrement empâté. Petite fistule pariétale.

Le 6 décembre, au niveau de l'angle droit de l'utérus, on sent un cordon un peu sensible, qui va vers la paroi pelvienne. Rien à gauche.

Excellent état général.

OBSERVATION X

Madame LE..., primipare, 27 ans.

Accouchement spontané à terme.

Phlébite des deux veines utéro-ovariennes.

Ligature des deux veines utéro-ovariennes.

Guérison malgré la continuation des frissons après l'intervention.

(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

La grossesse actuelle a évolué normalement. La femme accouche le 9 septembre 1925, après un travail normal d'une fille vivante pesant 3.350 grammes. La délivrance est naturelle et complète (600 gr.).

Pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement, la température n'est pas absolument normale. Le soir, elle atteint 38°.

Le 8^e jour des suites de couches, la femme est admise au pavillon Siredey pour élévation de la température à 40°. Elle

présente une lymphangite du sein qu'on traite avec des compresses chaudes.

Le 18 septembre, survient un frisson durant 20 minutes, avec température à 41°. On ne trouve alors rien du côté utérin. Un autre frisson, aussi violent, avec clocher à 41°, se reproduit dans la nuit.

Le 20 septembre, nouveau frisson (température 40°4). On ne trouve toujours rien à l'examen local. On commence une série de 3 piqûres de propidon. Les frissons vont se répéter quotidiennement.

Le 25 septembre, on pratique un abcès de fixation.

Les frissons s'espacent et ne surviennent que tous les 3 ou 4 jours. Dans leur intervalle, la température et le pouls sont normaux.

Le 2 octobre, au palper, on constate l'existence d'un point douloureux à deux travers de doigt, à gauche de la ligne médiane. Au toucher, l'utérus est gros, mou, non douloureux, la corne gauche plus molle que la droite.

Le 5 octobre, incision de l'abcès de fixation.

Dès lors, les frissons vont réapparaître et se succéder souvent bi-quotidiennement.

Le 7 octobre, on constate que le ventre se ballonne ; cependant l'état général est satisfaisant. La langue est humide.

Dans l'après-midi du 8 octobre, la malade frissonne d'une façon continue (température 40, pouls 130). La nuit est assez calme.

Le matin du 9 octobre, survient un frisson extrêmement violent, durant plus d'une demi-heure (température 40°8, pouls 172).

L'hémoculture est négative. On se décide à intervenir.

Intervention le 9 octobre (opérateur, M. CHOMÉ).

Laparotomie médiane. Ligature des veines utéro-ovariennes

à 15 cm. au-dessus du pavillon de la trompe. Les veines du ligament large sont épaissies des deux côtés et donnent la sensation de contenir des thrombus, mais il n'existe pas d'œdème du ligament large.

A droite, petit kyste du volume d'une noix sur l'ovaire.

L'opération, au cours de laquelle la malade n'a cessé de frissonner, est très bien supportée.

Suites opératoires.

L'état général est stationnaire, cependant paraît plus satisfaisant qu'avant l'opération.

Le 10 octobre, petite hémoptysie dans la matinée (température 38, pouls 136). Ouabaine et huile camphrée, morphine.

Le 11 octobre, surviennent, dans la nuit, deux frissons prolongés (température 40°3 et 41, pouls 144). L'état général est moins favorable.

Le 12 octobre au matin, pouls 168, température 39°2.

Jusqu'au 16 novembre, la température va continuer à rester oscillante et présenter une courbe irrégulière : tantôt elle va esquisser un léger plateau pendant quelques jours; tantôt, elle va décrire de larges oscillations allant de 38 à 40°. Des frissons vont survenir à des intervalles tout à fait variables. Le dernier frisson survient le 16 novembre; le pouls reste toujours très accéléré (entre 110 et 140) avec paroxysme au moment des frissons. L'état général présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Cependant, le 29 octobre, l'état général s'altère brusquement et sérieusement. La malade accuse un point de côté sous le sein gauche. La dyspnée est marquée (40 respirations par minute). Les points de côtés se répètent les jours suivants, très douloureux. On note 52 respirations à la minute au matin du 30 octobre.

Le 3 novembre, surviennent des crachats épais et purulents. L'état général, qui devenait de plus en plus mauvais, va, dès lors, s'améliorer, bien que les frissons continuent à se produire.

Le 16 novembre, la température descend en lysis vers la normale, progressivement. Les frissons disparaissent complètement.

C'est la première fois que l'on note une rémission, aussi complète. L'amélioration de l'état général fait tous les jours des progrès très sensibles. La température est devenue normale (avec, cependant, des petits crochets, le soir, toujours au-dessous de 38°). Le pouls reste longtemps rapide, instable, oscillant entre 100 et 110.

La malade sort guérie le 10 décembre.

Au toucher, on ne constate plus rien d'anormal.

OBSERVATION XI

Madame RE... Jeanne, V gestations, II pare, 25 ans.

Accouchement normal à terme, suivi d'une grosse hémorragie après la délivrance.

Phlébite de la veine utéro-ovarienne gauche.

Réssection veineuse et hystérectomie.

Guérison.

(Observation personnelle de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires et physiologiques sans intérêt.

Antécédents pathologiques : aurait été traitée 18 mois dans un préventorium, à la suite d'une bronchite, vers 16 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1921, avortement de 3 mois, suites de couches normales;

2^e grossesse en 1923 : avortement de 1 mois $\frac{1}{2}$;

3^e grossesse en 1925 : avortement de 3 mois $\frac{1}{2}$;

4^c grossesse en 1926 : accouchement naturel à terme, d'une

filles bien portantes. Suites de couches normales, mais délivrance suivie d'hémorragies.

La grossesse actuelle a été normale, mais accompagnée d'abondantes pertes blanches au cours des 3 derniers mois. Le 16 décembre 1929, elle accouche normalement à terme, d'une fille vivante, pesant 2.810 grammes. La délivrance est naturelle et complète (460 gr.), 40 minutes après l'accouchement.

Pendant l'heure qui suit la délivrance, la malade fait une grosse hémorragie, entraînant un syndrome d'anémie grave. Le massage, l'ergotine font cesser les accidents. La malade reste très pâle et faible.

Le 18 décembre, 3^e jour des suites de couches, normales jusque-là, la malade présente brusquement un syndrome péritonéal. La température monte brusquement à 40 avec pouls à 110. Les douleurs sont vives dans le bas-ventre. La malade paraît très infectée et est plongée dans un état de torpeur. Elle est passée à l'isolement, avec le diagnostic de péritonite.

L'examen montre qu'il n'existe aucune défense de la paroi abdominale, les réflexes abdominaux, ainsi que la respiration abdominale, sont conservés. La langue est humide, le facies n'est pas péritonéal.

En cherchant à localiser la douleur, on constate qu'elle siège au niveau de l'angle gauche de l'utérus; la face antérieure et son fond sont complètement indolores.

Au toucher, cul-de-sac vaginal gauche douloureux.

On diffère donc l'intervention, quand la malade fait un grand frisson. Les douleurs sont de plus en plus vives, arrachant des cris à la malade. La morphine n'amène aucun soulagement. On se décide alors à opérer.

Intervention le 18 décembre, à 17 heures (opérateur, M. CHOMÉ) : Rachianesthésie.

L'examen des pédicules après laparotomie médiane, montre qu'il existe une induration de la veine utéro-ovarienne gauche. On ouvre le ligament large. Décollement du péritoine par en haut. Dissection de la veine sur 15 cm. A ce niveau, la veine est souple. On place un fil. On pratique une hystérectomie après ligatures préalables avant la section du col. Drainage cervico-vaginal. Mickulicz.

Suites opératoires.

Excellentes. L'état général est bon. Pas de nouveaux frissons : la température reste élevée en plateau à 39° pendant quelques jours.

Le 23 décembre, ablation de la mèche abdominale et du drain vaginal.

Le 25 décembre, la femme va très bien. La température ne dépasse pas 38°; on met son enfant au sein.

Le 1^{er} et le 2 janvier 1930, la malade se plaint d'un point de côté thoracique à gauche, en même temps d'une douleur dans la jambe gauche. A ce moment, la température remonte passagèrement à 38°8.

Le 4 janvier, les phénomènes douloureux s'atténuent; la température descend en lysis; l'état général est bon.

Le pouls et la température sont définitivement normaux à partir du 8 janvier et la malade quitte l'hôpital le 12 janvier 1930.

OBSERVATION XII

Madame PR..., II pare, 22 ans.

Accouchement naturel en ville, à terme, suivi d'une grosse hémorragie et d'un curetage.

Phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Réséction de la veine utéro-ovarienne droite et des annexes droites.

Mort le 3^e jour : abcès pulmonaires multiples.

(Observation personnelle de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1925 : accouchement naturel à terme d'une fille vivante, pesant 4.000 grammes. Suites de couches normales.

La grossesse actuelle a évolué normalement. Elle accouche chez elle spontanément à terme, le 4 avril 1929, d'un garçon vivant, pesant 3.875 gr. La délivrance naturelle et complète a été suivie d'une forte hémorragie traitée à l'ergotine.

Dès le 4^e jour des suites de couches, la température s'allume; un grand frisson survient, accompagné d'un grand malaise; pas de vomissements, ni de douleurs abdominales.

La malade reste quatre jours chez elle avec température surtout marquée le soir. Pas d'hémorragies.

On pratique, en ville, un curettage le 14 avril. La température ne cédant pas, elle entre au pavillon Siredey.

A son entrée, le 15 avril, la température est à 39, le pouls à 154. On sonde la femme (rétention de 4 litres d'urine). Glace sur le ventre, sérum antigangréneux, antistreptococcique, pyofor- mine, digitaline.

Le 16 avril, à l'examen, on constate une infiltration nette de la base du ligament large droit. La température oscille, le matin autour de 38°5, le soir autour de 40°. Le pouls est vers 110 le matin, 130-140 le soir.

Le 18, survient un frisson violent. L'hémoculture est négative. On pratique un abcès de fixation. Propidon.

Le 20, nouveau frisson. La température oscille largement. Le pouls est rapide, instable.

Pas de nouveaux frissons jusqu'au 27 avril.

Le 29, au toucher, on sent un cordon veineux net cheminant le long de la paroi pelvienne droite, avec un degré léger d'empatement.

Les frissons réapparaissent, mais rares et espacés (tous les deux jours environ).

Le 5 mai, l'état général s'altère nettement. La malade paraît très infectée. Elle est très pâle, les muqueuses sont décolorées. Elle est dyspnéique et anxieuse. Elle n'a pas faim et a la diarrhée. Elle ne se plaint pas du ventre. Température 40°8, pouls 140, respiration 24.

Le ventre est légèrement ballonné, pas douloureux et souple à la palpation profonde, sauf un peu au-dessous et à droite de l'ombilic.

Le toucher n'est pas douloureux. L'utérus est petit, dur, dévié à droite. Le ligament large droit est infiltré et son bord inférieur forme une corde sensible. On ne sent plus le cordon veineux que l'on avait senti les jours précédents.

Le 6 mai, la malade présente, en outre, quelques signes pulmonaires : dyspnée et toux. On trouve une submatité de la base droite avec respiration soufflante accompagnée de râles. De plus, on note des râles disséminés de bronchite. La ponction exploratrice est négative. Souffle anorganique au niveau du cœur.

Intervention le 7 mai, pour phlébite utéro-ovarienne droite (opérateur, M. CHOMÉ).

Rachi. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Utérus moyennement gros.

Les veines hypogastriques et la veine spermatique gauche sont souples.

La veine spermatique droite est un peu augmentée de volume et dure, formant cordon remontant assez haut.

Décollement cæcal; ouverture du péritoine, du ligament infundibulo-pelvien. Dissection et isolement des 2 veines spermatiques et du plexus pampiniforme. Section très haute des veines devenues souples, et ablation de tout le paquet spermatique avec les annexes droites. Péritonisation partielle. Mickulicz. Bronzes.

Examen macroscopique des veines spermatiques reséquées; à la coupe transversale du paquet, une des deux veines paraît normale avec paroi un peu épaissie. L'autre veine est très épaisse comme paroi; sa lumière est obstruée par un thrombus d'aspect purulent. La lumière est très rétrécie, obstruée par places.

Suites opératoires.

Le soir de l'opération, la température monte à 41°6; la malade est très pâle, le pouls est à 130 bien frappé. L'euphorie est très marquée.

Dès le 8 mai au matin (lendemain de l'opération), apparaissent des phénomènes délirants et vésaniques.

La température reste constamment élevée au-dessus de 40° et monte même jusqu'à 41°6. Le pouls devient incomptable.

Mort le 10 mai au matin.

Autopsie (M. BIDOIRE).

Tout le système veineux pelvien est souple.

Le lobe moyen et le lobe inférieur du poumon droit sont remplis de gros infarctus suppurés.

Le foie, la rate, les reins sont d'aspect normal.

Le cœur : végétations molles au niveau des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Le cœur droit est flasque, couleur feuille morte et contient de gros caillots. Le cœur gauche a un aspect normal.

OBSERVATION XIII

Madame SU... Aline, 17 ans, I pare.

Accouchement à terme (forceps et délivrance artificielle).

Phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Résection de la veine utéro-ovarienne droite.

Guérison.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires physiologiques, pathologiques sans intérêt.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

Au cours du travail, on doit recourir au forceps pour lenteur de la progression. Forceps Tarnier à la partie moyenne de l'excavation sur sommet en G. T. à dilatation complète. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.500 gr. facilement ranimé. Aussitôt après l'extraction, la malade perd abondamment, l'utérus est très mou. Délivrance artificielle pesant 550 gr., suivie d'un tamponnement intra-utérin. A ce moment, la température rectale est de 39°7, le pouls à 120. La malade est shockée.

On passe la malade dans le Service de l'Isolement, le soir de son accouchement (21 juin 1927).

Le 22 juin, température 37, mais pouls toujours rapide 120.

Le 23 juin, la malade est dyspnéique, la langue est sèche, le ventre est ballonné, douloureux surtout au niveau de la fosse iliaque droite, de l'hypochondre droit et de la région sus-pubienne.

Au toucher, l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic, fortement incliné à droite et sensible.

Température 39, pouls 130.

Les lochies sont fétides, la déchirure du périnée est recouverte de plaques grises.

Le 24 juin, survient un ictère, qui devient de plus en plus foncé les jours suivants, s'accompagnant de douleur dans la région vésiculaire. L'hémoculture est négative.

Le 28 juin, périphlébite variqueuse gauche; légère infection mammaire.

A partir du 30, l'ictère décroît progressivement.

Le 2 juillet, apparition d'un frisson (température 41°, pouls 140), la température oscille entre 39 et 40.

Le 4 juillet, incision d'abcès mammaires bilatéraux. L'examen du pus des abcès révèle une infection à anérobies.

Le 7 juillet, localisation infectieuse passagère à la face.

Les jours suivants, l'état général s'améliore; la température ne dépasse pas 39°, le pouls 110. Mais la sédation n'est que passagère.

Dès le 11 juillet, la température remonte très largement oscillante, le pouls est très instable, les frissons sont quotidiens et extrêmement violents.

M. CHOMÉ décide d'intervenir.

Intervention le 16 juillet 1927 (opérateur, M. CHOMÉ).

Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Les organes génitaux ont un aspect absolument normal. En explorant les veines du petit bassin, on sent la veine utéro-ovarienne droite légèrement indurée. On décolle le cæcum, et, en passant sous le côlon ascendant, on dissèque la veine jusqu'au niveau du pôle inférieur du rein. On fait une ligature à ce niveau et on résèque toute la veine en enlevant les annexes droites. Il reste une large surface dénudée qu'on draine par un Mickulicz.

Aucun shock opératoire. Le soir, la température est à 37°8, le pouls à 120. Les frissons disparaissent d'une façon définitive.

Les suites opératoires sont parfaites, la température et le

pouls présentent encore assez longtemps des oscillations irrégulières peu importantes.

La malade sort le 28 août 1927.

Elle est revue le 4 octobre, parfaitement guérie.

OBSERVATION XIV

Madame de LA..., II pare.

Accouchement dystocique; extraction d'un monstre.

Phlébites suppurées des deux veines ° utéro-ovariennes.
Thrombo-phlébites des hypogastriques.

Ligature de la veine cave inférieure, ligature de la veine utéro-ovarienne droite, incision et drainage de l'utéro-ovarienne gauche.

Guérison.

(Observation personnelle de M. CHOMÉ).

Antécédents héréditaires, physiologiques, pathologiques sans intérêt.

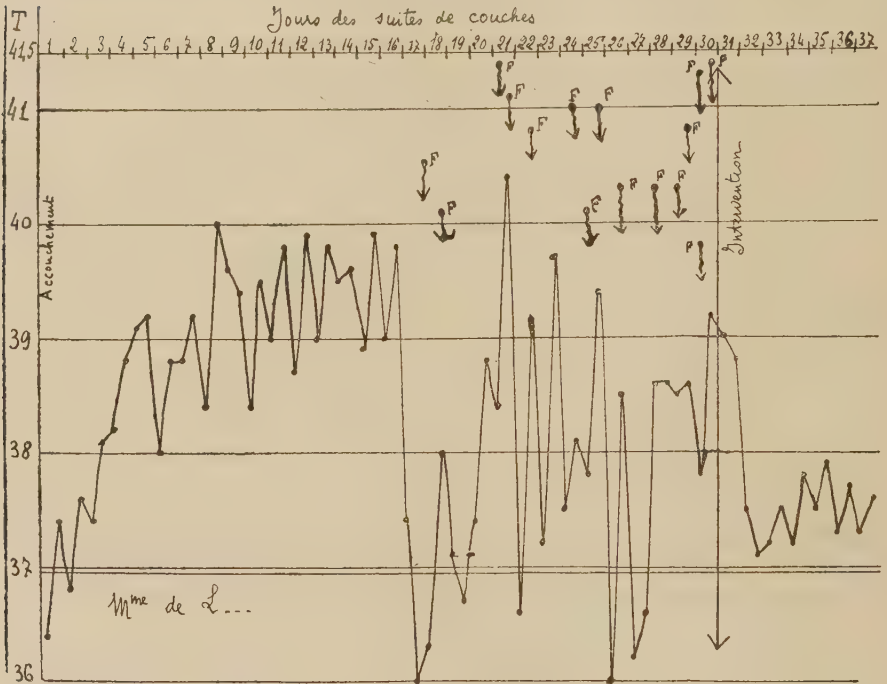
Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse normale; accouchement spontané d'un garçon vivant, actuellement bien portant. Phlébite du membre inférieur gauche pendant les suites de couches.

La grossesse actuelle a été assez pénible; les dernières règles remontent au 10 mai 1926; dès le mois de décembre, la malade est très incommodée par la violence des mouvements actifs du fœtus. Régulièrement, elle aurait dû accoucher vers le 20-25 février 1927. Elle n'entre en travail que le 26 mars.

L'examen pratiqué le 27 montre, à ce moment, un utérus anormalement développé, la poche des eaux s'est rompue dès le début du travail; il ne semble pas y avoir un excès de liquide,

l'enfant est vivant. La palpation ne permet pas de sentir de pôle céphalique, le toucher montre que la dilatation est de grande paume et qu'il s'agit d'un anencéphale. La température est de $38^{\circ}7$. On décide d'attendre l'accouchement spontané; la dilatation se complète, les douleurs se suivent régulièrement, mais,



malgré les efforts expulsifs, la présentation ne progresse pas du tout et reste dans la partie haute de l'excavation. On intervient alors : intervention très difficile à cause de l'excès de volume des épaules. Malgré une prise solide au cranioclaste, il ne fut pas possible d'attirer à la vulve la tête, celle-ci ne formait qu'un bloc avec le tronc et l'empêchait de s'engager dans le bassin. On

est obligé d'aller sectionner, à bout de doigt, les clavicules, et d'extraire, au préalable, un bras. Ceci fait, le reste du tronc fut facilement extrait.

Délivrance spontanée. La révision utérine montre que le muscle utérin est intact. Dans les heures qui suivent l'intervention, la malade présente des phénomènes de shock nécessitant une injection intraveineuse de sérum adrénaliné.

Dès le lendemain, la malade se plaint d'une douleur vive dans la fosse iliaque gauche. La palpation, à ce niveau, révèle une contracture douloureuse de la paroi. Les jours suivants, on se rend compte qu'il s'agit d'une infiltration du ligament large et on pense à un thrombus du ligament.

Le 30 (3^e jour après l'accouchement), la température monte à 38°.

Le 31, elle monte à 39° et à partir de cette date, elle se met à osciller entre 39 et 39°8; le pouls reste aux environs de 100. L'état général n'est pas mauvais, la langue reste humide et la malade s'alimente.

Ceci dure jusqu'au 12 mars (17^e jour des suites de couches). Ce jour-là, la température baisse assez brusquement à 37 le matin et même à 36° le soir (pouls 80). L'état général s'aggrave brusquement, la malade est couverte de sueurs froides, sans pouls, presque sans connaissance, avec la respiration haletante d'une agonisante. On pense à une embolie, mais il n'y avait ni angoisse, ni cyanose. On met en œuvre le traitement habituel sans voir le moindre changement dans son état; dans la nuit, la température tombe à 35°, le pouls devient imperceptible; l'issue fatale paraît imminente.

Or, le lendemain, on retrouve la malade avec un pouls bien frappé (80), la température est à 36°3, l'état général s'améliore nettement.

Dans la journée même (13 mars), elle est prise d'un violent frisson avec température à 40° et après le frisson, on assista au

même tableau clinique que celui de la veille. Une hémoculture faite après le frisson donna un résultat négatif. En examinant la malade on réveille, en palpant dans la fosse iliaque gauche, vers l'angle de l'utérus, une zone douloureuse se propageant vers la région ombilicale. Au toucher, on trouve un empâtement diffus de la base du ligament large et s'étalant sur les parois vaginales.

M. JEANNIN émet l'hypothèse d'une phlébite utéro-pelvienne suppurée, ce qui expliquerait les phénomènes paroxystiques auxquels on avait assisté.

Les 14 et 15 mars, rien de nouveau.

Le 16 mars, surviennent deux violents frissons après lesquels la température monte à 41°5. Dans l'intervalle de ces frissons, l'état de la malade n'est pas extrêmement inquiétant; elle est pâle, un peu dyspnéïque, la langue est sèche et rôtie, mais elle s'alimente, et le pouls, dans l'intervalle des frissons, est bien frappé (80 ou 100 au maximum). Les urines sont rares, légèrement

A partir de cette date, les frissons se rapprochent de plus en plus et deviennent de plus en plus violents. Ils sont quotidiens.

A partir du 21 mars, toute alimentation devient impossible.

Le 23 mars, la malade accuse un point de côté thoracique à droite; une hémoculture donne un résultat négatif.

Le 24 mars, l'état de la malade s'aggrave manifestement.

On décide alors d'intervenir, le diagnostic de phlébite suppurée ne pouvant faire aucun doute. Les frissons, qui étaient apparus d'une façon tardive, qui augmentaient chaque jour d'intensité et de fréquence, les intervalles de bien-être relatif, enfin l'apparition d'un point de côté thoracique, tout plaidait pour la phlébite suppurée. La constatation d'une zone douloureuse allant de la corne utérine vers l'ombilic, fit faire le diagnostic de phlébite du pédicule ovarien; mais l'empâtement de la base des ligaments larges, avec infiltration le long des parois pelviennes, sur le trajet des veines hypogastriques et de leurs confluent,

laissait soupçonner également l'existence d'une phlébite des veines hypogastriques.

Le 25 mars, l'état de la malade devient franchement mauvais. Les frissons avaient été extrêmement violents et très rapprochés (trois dans la même journée), la température était montée jusqu'à 41°5, le pouls à 130-140.

Intervention le 26 mars (M. CHOMÉ).

Laparotomie médiane, l'utérus est petit en involution normale; à droite et à gauche, grosse infiltration de la base des ligaments larges, sans pouvoir préciser quelle est la participation des troncs veineux. Par contre, on trouve une phlébite franchement suppurée de la veine utéro-ovarienne gauche. Au cours de la dénudation, la veine se rompt et on voit s'écouler, par sa lumière, du pus bien lié. En appuyant de bas en haut sur la veine, on donne issue à environ un verre à bordeaux de pus; les parois de la veine sont très infiltrées. On ouvre la veine largement et on place à son contact un sac de Mickulicz. Du côté droit, on trouve une thrombose de la veine ovarienne, remontant presque jusque dans la veine cave. On place une ligature à ce niveau. Comme on soupçonne une phlébite des deux pédicules inférieurs, on pratique la ligature de la veine cave inférieure.

Suites opératoires.

La malade n'a pas présenté de shock opératoire. Après son opération, elle n'a plus présenté un seul frisson. Le soir de l'intervention, la température était à 38°7 et le lendemain matin à 37°5 avec un pouls à 96. Dès lors, la température n'a plus dépassé 38°, sauf vers le 10^e jour, où l'on vit survenir une petite poussée thermique, qui céda à l'ablation du Mickulicz. A partir de ce moment, la convalescence se poursuit régulièrement et la malade rentre chez elle le 20^e jour, après l'opération.

Pendant son séjour à la clinique, la malade n'a présenté

qu'un très faible œdème des membres inférieurs. Ce n'est qu'au moment où elle commença à marcher qu'elle présenta un œdème assez considérable. Cet œdème coïncida du reste avec l'apparition de deux volumineux abcès qui s'étaient formés aux deux cuisses, au niveau des nombreuses piqûres que la malade avait reçues. La malade s'est remise parfaitement et ses règles sont revenues régulièrement.

OBSERVATION XV

Madame SE... Lucienne, III geste, I pare, 24 ans.

Accouchement naturel à terme (rétention de cotylédons).

Phlébite suppurée de l'hypogastrique gauche.

Ligature de l'iliaque primitive gauche.

Mort.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1925 : avortement de 3 mois (curettage).

2^e grossesse en 1926 : avortement de 3 mois (curettage).

3^e grossesse en 1928 :

Accouchement naturel en ville, le 15 février : fille vivante (3.500 gr.), délivrance normale.

Pendant les suites de couches, on note quelques élévations thermiques, mais pas d'hémorragie, et malgré avis contraire, la femme rentre chez elle au bout du 11^e jour (26 février).

Le 29 février, surviennent deux frissons avec température à 40 et 41°.

La température restant élevée, elle entre au pavillon Siredey le 3 mars.

Examen du 3 mars.

La femme est pâle; T. 38°1, pouls 112, respirations 32. Au palper, l'abdomen est légèrement douloureux à droite, mais la respiration abdominale est conservée. Un frisson survient dans la nuit (T. 40°6).

Le 4 mars, T. autour de 39°, pouls 100.

Le 5 mars, T. 39°2, pouls 88; les lochies sont fétides, le col est largement béant et, au toucher intra-utérin, on découvre un cotylédon très adhérent à la paroi postérieure. On l'enlève facilement au doigt; révision à la curette, qui ne ramène rien.

Une heure après la révision, frisson avec T. 40°.

Le 6 mars, l'utérus est toujours un peu gros, mais non douloureux. T. 38°2.

Traitement : hypophyse, abcès de fixation.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, la température oscille autour de 39°, le pouls autour de 110.

L'hémoculture est négative.

Le 9 mars, la température remonte à 40°4 sans nouveaux frissons; le pouls est à 128; respirations : 28. Au toucher, on sent, à gauche, un gros cordon se prolongeant de l'échancrure sacrée vers le pubis, en suivant la paroi pelvienne.

Le 11 mars, survient, dans la soirée, un violent frisson, qui dure 30 minutes (T. 41°2). L'hémoculture pratiquée de nouveau est négative.

Le 12 mars, survient une chute brusque de la température à 36°5 dans la soirée (elle était à 40° le matin); la femme est pâle, somnolente, sa langue est sèche; elle ne souffre point. Pouls 120, respirations 32; elle a de la diarrhée.

Le 13 mars, T. 36°, mais l'état général semble meilleur; au toucher, on sent un cordon dans la base du ligament large infiltré, venant se perdre le long de la paroi pelvienne, en avant, sous la symphyse. De la toux survient, s'exaspérant au moindre

mouvement. Le soir, survient un grand frisson de 15 minutes (T. 41°2).

Le 14 mars, nouveau frisson de 20 minutes (T. 41°6); la femme reste abattue en dehors des frissons, elle est pâle, somnolente.

Intervention (opérateur, M. CHOMÉ).

Rachianesthésie.

Laparotomie médiane; péritoine intact; organes pelviens pâles. Au premier examen, l'utérus paraît normal, ce n'est qu'au cours de l'intervention qu'on s'aperçoit qu'il existe, au niveau de l'angle gauche, un petit abcès utérin du volume d'une lentille à peu près. L'exploration du ligament large montre qu'il est souple et mince dans sa partie supérieure; par contre, la base du ligament gauche est très épaissie; les veines utéro-ovariennes sont souples des deux côtés. La veine hypogastrique droite est souple, la gauche est épaissie et thrombosée sur tout son parcours.

Ligature de la veine iliaque primitive gauche (opération facile); on termine par une hystérectomie subtotal. Drainage cervico-vaginal par un drain et une mèche tassée sur les surfaces cruentées des ligaments larges et sortant à travers le col dans le vagin. Péritonisation par le méso-côlon. Fermeture de la paroi en 3 plans sans drainage de la cavité péritonéale.

Le 15 mars, l'état général est franchement mauvais; il n'y a plus de frissons. T. 39°2, s'élevant à 41° le soir; pouls 124, petit, dépressible; respirations : 40. La femme est pâle, ses lèvres décolorées, le nez pincé, les yeux excavés avec un cercle bistré, la langue est sèche.

Le 16 mars, la femme est de plus en plus mal; les extrémités se refroidissent, le pouls est filiforme à 170; la température à 41°; respirations, 48.

Décès le 17 mars, à 7 heures.

Autopsie (M. SUZOR).

A l'ouverture du ventre, il s'écoule une petite quantité de liquide hémorragique; la péritonisation est parfaite; on fait une éviscération de l'intestin, on décapsule les 2 reins et on dissèque les veines rénales, la veine cave, les veines iliaques primitives, externes et le segment supérieur des iliaques internes; à droite les veines sont saines, souples, minces et non thrombosées; à gauche, il existe, au-dessous de la ligature, une thrombose s'étendant de cette ligature jusqu'à l'iliaque externe comprise, sans participation infectieuse de la paroi veineuse. L'iliaque interne, difficilement disséquable, à cause d'une réaction périphlébitique du tissu cellulaire environnant, présente une paroi très épaisse et contient du pus.

La plèvre gauche contient du liquide hémorragique et il existe, dans le lobe inférieur gauche un infarctus non suppuré.

A droite, il existe également plusieurs petits infarctus sous-pleuraux, sans grosse réaction pleurale.

Cœur d'apparence normale sans lésions valvulaires.

OBSERVATION XVI

Madame AZ... Anna, III pare, 22 ans.

Avortement de trois mois.

Phlébite de la veine hypogastrique droite.

Ligature de la veine iliaque primitive droite.

Mort le 6^e jour, de péritonite.

(Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires pathologiques et physiologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux : Une grossesse normale en 1921, enfant vivant; une grossesse normale en 1923, enfant vivant.

La malade, enceinte d'environ 3 mois, est admise au pavillon Siredey le 29 mars, à 20 h. 30, pour crises épileptiformes, faisant penser à l'éclampsie. La femme est dans un état grave, les extrémités sont froides, les lèvres décolorées, le pouls est petit, filant, la tension presque nulle; elle est agitée et menace de tomber du lit. On la sonde : les urines sont sanglantes; d'autre part, la face n'est pas bouffie; il n'y a pas d'œdèmes, pas de morsure de la langue. Au toucher, on sent un utérus gravide de 3 mois environ. La malade perd légèrement du sang d'une façon continue. On institue le traitement contre le shock.

Le 30 mars, les pertes de sang noirâtre continuent. L'état général est très amélioré, la femme est calme, mais les lèvres sont décolorées, les urines sont moins sanglantes. T. 39°, pouls 160; la respiration abdominale est conservée.

Dans la soirée, la malade s'agite de nouveau et expulse spontanément un embryon de 3 mois environ, dont la tête est perforée. On pratique un curage dirigal parce que le placenta n'est pas expulsé.

Le 31, à l'examen, utérus gros, mou, orifice interne du col fermé; culs-de-sacs libres; à droite, cependant, on sent un cordon se dirigeant vers l'épine sciatique. Dans la soirée, apparition d'un frisson (T. 40°6).

Dès lors, la température se met largement à osciller de 37° à 40° et plus; quotidiennement surviennent un et même deux frissons plus ou moins violents.

Le 7 avril, *laparotomie suivie de ligature de la veine iliaque primitive droite pour phlébite de la veine hypogastrique droite* (opérateur, M. CHOMÉ). Une demi-heure après l'opération, surviennent 3 frissons successifs; la malade est agitée dans la soirée, cependant la nuit est calme.

Le 8 avril, la malade se sent bien; pas de frissons, pas d'œdèmes (T. 39°, pouls 110).

Le 10 avril, l'état général paraît encore s'améliorer, les urines sont normales. T. 38°5; P. 100.

Le 11 avril, on constate une infiltration très marquée du ligament large droit, bombant vers le bas; apparition d'un nouveau frisson.

Les jours suivants, la température reste en plateau aux environs de 39, avec pouls à 120.

Le 25, colpotomie.

Le 27, apparition de signes pulmonaires; dyspnée et toux; râles aux deux bases. L'hémoculture pratiquée est positive au streptocoque.

Le 30, apparition de violentes douleurs abdominales avec vomissements.

Décès le 1^{er} mai.

Autopsie.

Le péritoine contient plusieurs litres de liquide séro-purulent sans fausses membranes, pas d'adhérences entre les anses intestinales (septicémie péritonéale).

On dissèque les veines du petit bassin et on trouve qu'*au-dessous de la ligature, la veine iliaque primitive est remplie de pus. La suppuration s'arrête exactement au niveau de la ligature; au-dessus, la veine est vide et ne contient pas trace de pus.*

OBSERVATION XVII

Madame TERR... Gabrielle, 1^{re} pare, 22 ans.

Accouchement naturel à terme.

Phlébite suppurée de la veine hypogastrique gauche avec phlegmatia alba dolens et *hémoculture positive*.

Pas d'intervention (forme intermédiaire avec la septicémie).

Guérison.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Accouchement naturel à terme d'une fille vivante (3.020 gr.) avec délivrance naturelle et complète, le 5 janvier 1924.

Le 10 janvier, la température est à 40°; les lochies sont fétides; on la transporte au pavillon Siredey.

Examen d'entrée : très forte antéflexion utérine, col qui commence à se fermer, corne droite très douloureuse; urines normales.

Le 14, hémoculture négative. La température est largement oscillante (40° le soir, 38° le matin). On pratique un abcès de fixation.

Le 16 et le 17, apparition de deux frissons (T. 40°4). Hémoculture négative.

Le 23, on sent, au toucher, en avant de l'épine sciatique gauche et au-dessus d'elle, un cordon dur du volume du petit doigt et qui se prolonge en avant du trou obturateur. Un autre cordon est senti vers la face interne de la branche ascendante de l'ischion.

Le 24, on perçoit des râles dans la partie moyenne du poumon droit; l'hémoculture est toujours négative. Un nouveau frisson, dans la soirée; la température est toujours oscillante autour de 40°. L'état général s'altère.

Le 26, apparaît une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche. L'hémoculture est positive (streptocoque), bien qu'aucun nouveau frisson n'ait réapparu. Les signes pulmonaires persistent.

Le 4 février, on trouve un utérus petit, légèrement incliné à gauche. À gauche, l'excavation est remplie par une masse; des cordons très durs se dirigent vers l'épine sciatique. L'hémoculture est toujours positive sans nouveau frisson; la température toujours élevée.

Etant donné la rareté des frissons (3 en tout), l'existence de cette septicémie, de cette phlegmatia, l'intervention est jugée contre-indiquée. On pratique un nouvel abcès de fixation au niveau de l'abdomen et on injecte à la malade du sérum anti-streptococcique.

L'état général va s'améliorer peu à peu.

Le 15 février, on incise l'abcès de fixation de la peau du ventre.

Le 27, on ouvre une grosse collection suppurée au niveau de la jambe gauche.

Dès le 4 mars, la malade se lève, fait quelques pas et se sent bien. La température est revenue progressivement et définitivement à la normale.

La malade sort guérie le 21 mars.

OBSERVATION XVIII

Madame AL..., II pare, de 33 ans.

Accouchement normal à terme.

Phlébite de l'hypogastrique gauche avec extension aux veines crurales.

Pas d'intervention : décès.

(Observation personnelle de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires physiologiques, pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1925. Accouchement à terme d'une fille vivante pesant 4.000 grammes, avec suites de couches normales.

La grossesse actuelle a été normale et la femme accouche spontanément à terme le 27 avril 1929, d'un garçon vivant pesant

3.500 grammes. La délivrance est naturelle et complète, pesant 600 grammes.

Le 28 avril, à 17 heures, elle est transportée au pavillon Siredey, sur le conseil de la sage-femme, chez laquelle elle a accouché. Elle a 40° de température, perd du sang et souffre dans le bas-ventre.

Le 29 avril, état stationnaire. Température, 39°; pouls, 100.

Le 30 avril, la température remonte à 40°6, pouls 110.

On pratique une révision utérine sous anesthésie, car l'utérus est gros, douloureux, et le col entr'ouvert. On ne ramène que des caillots.

Le 2 mai, apparaît un frisson très prolongé (température, 39°9). L'utérus est gros, remonte au-dessus de l'ombilic. On fait le diagnostic de métrite parenchymateuse (on donne de l'ergotine et de la pyoformine).

Le 3 mai, nouveau frisson. La température oscille autour de 39, le pouls autour de 100. La malade ne se sent pas mal, son appétit est conservé, mais se plaint d'insomnie avec cauchemars. Dans la soirée, elle fait un léger épistaxis.

Les jours suivants, la température continue à osciller et des frissons surviennent à intervalles réguliers.

Le 5 mai, la malade se plaint de la malléole gauche.

Le 6 mai, au niveau de la malléole interne gauche, apparaît un placard rouge très douloureux, spontanément et à la pression. Le soir même survient un violent frisson avec ascension thermique à 40°4.

L'œdème va bientôt s'étendre et gagner toute la jambe. Il est diffus, douloureux, rosé. Le cœur est normal.

Le 24 mai, l'état général s'altère. La malade paraît infectée, elle est dyspnéique.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple. La palpation de la fosse iliaque gauche est douloureuse et on a la sensation d'une résistance profonde.

L'œdème de la jambe gauche est considérable, remontant jusqu'à la paroi abdominale. Il s'accompagne d'hydarthrose et de circulation collatérale.

Au toucher, l'utérus est gros, douloureux et mou, remontant à mi-chemin de la ligne ombilico-pubienne; le cul-de-sac droit est libre; à gauche, on sent une très large infiltration de la base du ligament large descendant très bas, faisant corps en dedans avec l'utérus, se prolongeant en dehors sur la paroi pelvienne latérale à laquelle elle semble adhérer. Dans cette infiltration, on sent comme des cordons qui cheminent le long de la paroi pelvienne.

On pose le diagnostic de phlébite utéro-pelvienne du pédicule utérin inférieur et gauche, s'étendant, d'une part, sur l'hypogastrique et ses branches et, d'autre part, sur les veines crurales, comme le témoigne l'énorme phlébite de la jambe gauche.

L'existence de la phlegmatia, la gravité de l'état général et de l'état local font qu'on repousse l'idée d'intervention.

Le 25 mai, on constate que l'infiltration descend presque au niveau de la vulve et qu'elle s'étend sur les parois latérales du vagin.

Une escarre sacro-fessière se produit.

Le 31 mai, une large fistulisation de la partie supérieure de la fesse se produit : un pus abondant s'écoule.

A partir du 1^{er} juin, l'état général devient de plus en plus mauvais; la température est toujours largement oscillante (37 le matin, 40 le soir). Les frissons se répètent sans date fixe. L'infection est profonde. Du subictère apparaît, un état de torpeur s'installe, qui fait bientôt place à un état subcomateux..

Décès le 9 juin, à 5 h. 30.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XIX

Madame PERR... Germaine, V pare, 24 ans.

Avortement de 3 mois.

Curettage; manie puerpérale; hystérectomie vaginale; pyohémie. Mort.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents physiologiques, pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse, en 1920 : accouchement normal à terme d'un garçon vivant (3.500 gr.),

2^e grossesse en 1921 : accouchement normal à terme d'un garçon vivant (3.000 gr.);

3^e grossesse en 1923 : accouchement normal à terme d'une fille;

4^e grossesse en 1924 : avortement de 3 mois (curettage).

La 5^e grossesse actuelle se termine par un avortement à 2 mois $\frac{1}{2}$ en un temps, le 9 juillet 1924.

Le 11 juillet, elle est admise au pavillon Siredey pour élévation de température à 40°2 avec frisson.

Le 12 juillet, curettage ramenant des débris placentaires; le soir, la température est à 41°1.

Le 13 juillet, surviennent 2 frissons.

Le 14 juillet, surviennent 3 frissons, au cours desquels la température monte à 39°2-40°4-40°6.

La malade est alors très agitée, pousse des cris, se lève et divague. La température oscille largement avec des frissons.

Le 16 juillet, hystérectomie vaginale. Intervention bien supportée.

Le 22 juillet, survient un point de côté avec un foyer de râles.

Les jours qui suivent, la température oscille largement entre 37°5 et 41°; le pouls entre 100 et 140. 2 ou 3 frissons surviennent chaque jour. 4 hémocultures pratiquées sont négatives.

Les frissons se rapprochent de plus en plus, bien que l'état général soit relativement conservé.

Le 27 juillet, au toucher, on sent un cordon assez épais le long de la paroi pelvienne droite; le ventre est souple.

Deux abcès de fixation pratiquée restent négatifs. Les frissons vont se répéter plus ou moins intenses avec grandes oscillations thermiques.

Le 7 août, une nouvelle hémoculture pratiquée est positive (diplo-streptocoque non hémolytique); l'état général s'altère; grande anémie, langue sèche rôtie.

Le 11 août, les frissons continuant toujours souvent biquotidiens, apparaît une phlegmatia droite.

Au toucher, on sent nettement le cordon de la veine hypogastrique droite thrombosée.

Le 12 août, surviennent de nouveaux signes pulmonaires avec dyspnée extrême.

Décès le 13 août.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XX

Madame HELB... Suzanne, 1^{re} pare, 30 ans.

Accouchement artificiel par forceps, à terme.

Pyohémie.

Décès.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques sans intérêt.

La femme est accouchée en ville, à terme, le 21 janvier 1926, après application de forceps pour lenteur du travail; extraction d'une fille vivante; délivrance naturelle.

10 jours après, la malade fait un violent frisson avec sueurs profuses. Puis, au bout de quelques jours, de nouveaux frissons répétés réapparaissent; la température est aux alentours de 40°, le pouls très rapide; la dyspnée est marquée; l'état général s'altère rapidement.

La malade est transportée au pavillon Siredey.

Examen d'entrée (M. CHOMÉ) : La malade, très dyspnéique, est baignée de sueurs, la langue est rôtie, les extrémités tremblent; le ventre est souple, indolore, le foie un peu gros.

Au toucher, l'utérus est petit, le col fermé; le ligament large gauche est infiltré à sa base et l'utérus est attiré du même côté.

Râles à la base des deux poumons.

Les frissons sont répétés; la température oscillante.

L'hémoculture négative le 20 février, est positive au streptocoque le 27; l'abcès de fixation pratiqué ne prend pas.

L'état général devient de plus en plus alarmant.

Décès le 2 mars.

OBSERVATION XXI

Madame DAUV... Henriette, 1 pare, 35 ans.

Accouchement naturel à terme.

Pyohémie.

Décès.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques sans intérêt.

La grossesse a été normale, sauf une poussée d'albumine, vers 7 mois, cédant rapidement au régime lacto-végétarien.

Accouchement naturel à terme, le 3 mars, d'un garçon vivant (3.700 gr.); délivrance naturelle avec rétention de membranes; les suites de couches sont normales jusqu'au 7, date à laquelle survient une forte poussée thermique passagère.

Le 11, la température s'élevant à nouveau, la femme est admise au pavillon Siredey.

Le 12 mars, examen de M. CHOMÉ. Utérus mou, fortement antéfléchi, l'antéflexion réduite fait écouler un flot de pus.

T. 40°; pouls 120. Etat général médiocre.

Dans la soirée, survient un frisson. T. 41°.

Les jours suivants, l'état général s'altère davantage; les frissons sont violents et quotidiens. La T. est à 40° et atteint même 41°; le pouls aux environs de 140.

L'hémoculture pratiquée le 19 est positive (streptocoque).

Le 20, au toucher, on sent une infiltration à la base des 2 ligaments larges, avec un cordon se dirigeant en avant, derrière la symphyse.

Les frissons sont toujours quotidiens.

Le pouls devient incomptable.

Le 22, survient une arthrite suppurée sterno-claviculaire.

Etat général de plus en plus grave.

Décès le 23 mars.

OBSERVATION XXII

Madame DEL... Andrée, II geste, I pare, de 27 ans.

Accouchement artificiel à terme, par forceps et délivrance artificielle.

Pyohémie.

Mort.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques sans intérêt.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1927, avortement de 4 mois.

La grossesse actuelle a eu une évolution normale.

Le 16 mai 1928, accouchement artificiel à terme pour lenteur du travail; forceps après incision de la lèvre antérieure du col oedématié; extraction d'un enfant vivant de 3.610 gr.; délivrance artificielle immédiate, 740 gr. Vérification : pas de lésion du col ni de déchirure périnéale, mais délabrement de la paroi vaginale gauche; réfection de cette paroi au catgut.

Après la délivrance, l'utérus se relâche et la femme saigne abondamment; révision utérine qui permet de constater l'intégrité de l'utérus. Tamponnement utéro-vaginal.

Shock dans l'après-midi, cédant facilement au traitement mis en œuvre.

Le 21 mai, la malade est passée au pavillon Siredey pour T. à 40°, pouls 120.

Dans la soirée, elle fait un violent frisson. T. 40°4 (pouls, 140). Dès lors, la température oscille largement entre 38 et 40°4; le pouls entre 110 et 140. Les frissons sont intenses et quotidiens.

L'hémoculture négative le 22 mai est positive le 25 au streptocoque et reste telle au cours des examens du sang ultérieurs.

L'état général devient de plus en plus précaire.

Décès le 31 mars.

OBSERVATION XXIII

Madame FOU... Laurence, 1 geste, 28 ans.

Avortement.

Curettage.

Pyohémie.

Mort.

(Observation de la Clinique obstétricale de la Pitié).

Antécédents sans intérêt.

Le 27 mars, la malade, enceinte de 3 mois environ, présente une hémorragie abondante, qui se reproduit les jours suivants.

Le 12 avril, expulsion de l'embryon.

Le 13 avril, elle entre à la Maternité, où l'on pratique un curettage ramenant des débris placentaires (T. 37°5).

Le 16 avril, elle est admise au pavillon Siredey pour température à 40° et douleurs utérines.

A l'examen, les lochies sont extrêmement fétides, l'utérus est gros, très douloureux, surtout au niveau de la corne gauche; le col est entr'ouvert, la cavité utérine difficilement explorée.

Dans la soirée, survient un très violent frisson durant une demi-heure (T. 41°; pouls, 130).

Le 17, l'état général s'améliore (T. 39°). Dans la matinée, expulsion d'un cotylédon placentaire extrêmement fétide. Révision utérine, suivie d'un tamponnement au sérum antistreptococcique. Le soir, très violent frisson (T. 41°2).

Le 18, la malade est très pâle, mais la langue humide; la malade se sent très bien et ne souffre pas.

Le 19, la température tombe à la normale, mais le pouls reste à 120.

Le 20, nouveau violent frisson. Au toucher, le cul-de-sac droit est empâté et douloureux.

Les frissons vont se répéter quotidiennement les jours suivants (T. 40°). La malade est pâle, mais est relativement bien entre les frissons.

Le 24 avril, survient un point de côté avec dyspnée et toux ramenant quelques crachats rouillés.

Le 25 avril, la malade est de plus en plus pâle, le point de côté et la dyspnée de plus en plus violents; l'expectoration est franchement purulente. L'hémoculture est positive (streptocoque).

Les jours suivants, les frissons se répètent biquotidiens.

L'état général s'altère de plus en plus, les points de côté se répètent.

L'abcès de fixation ne prend pas.

Le poulx devient de plus en plus petit et incomptable.

La malade asphyxie.

Décès le 30 avril.

CONCLUSIONS

— La phlébite des veines pelviennes doit être considérée comme une des formes relativement fréquentes de l'infection puerpérale.

— Cliniquement et anatomiquement, elle va se présenter sous deux aspects différents :

La phlébite simple,

La phlébite suppurée,

mais un facteur étiologique capital leur est commun : l'infection.

— La phlébite simple est bien souvent latente; dans d'autres cas, elle se traduit par un accident brutal et inattendu : l'embolie.

— La phlébite suppurée doit être nettement séparée à tous points de vue (anato-mo-clinique, pronostique et thérapeutique) de la phlébite simple; elle doit être également distinguée des formes septicémiques et pyohémiques de l'infection puerpérale; en effet :

1° La phlébite pelvienne suppurée a une allure symptomatique bien particulière dans sa forme subaiguë la plus typique.

a) Apparition assez tardivement, après l'accouchement, de frissons intenses se répétant à intervalles irréguliers, mais tendant à se rapprocher de plus en plus et à devenir de plus en plus violents;

b) Conservation d'un état général relativement bon en dehors des frissons, ce qui signifie que l'on n'a pas affaire à une affection d'ordre général, d'ordre septicémique où tout l'organisme est touché par la toxi-infection, mais à une infection locale qui restera telle pendant toute la durée ou au moins pendant la plus grande partie de la durée de la maladie;

c) La température suit une courbe irrégulière et intermittente, « non cyclique »;

d) L'évolution presque inéluctablement fatale de l'affection qui se fait, en principe, assez tardivement par l'apparition de complications pulmonaires d'origine embolique. La malade meurt par asphyxie et infection pulmonaire et non par toxi-infection généralisée.

2° La phlébite pelvienne suppurée s'accompagne, en règle générale, d'hémocultures négatives. L'examen du sang pratiqué en série donne parfois un résultat positif dans les heures qui suivent le frisson; mais il s'agit là d'un phénomène fugace traduisant l'essaimage passager du sang par le microbe. Celui-ci est habituellement le streptocoque.

— Les formes cliniques de la phlébite suppurée sont multiples :

a) La forme lente, qui peut, dans les cas heureux, guérir spontanément;

b) Les formes aiguës à caractère septicémique ou septico-pyohémique, au cours desquelles la localisation veineuse n'est qu'un simple épiphénomène. Ces formes peuvent, du reste, succéder à la forme subaiguë. Elles sont au-dessus de toute thérapeutique;

c) Les formes topographiques. La phlébite pelvienne suppurée peut frapper toutes les veines du petit bassin : veines utérines, utéro-ovariennes, hypogastriques et leurs branches; rarement, la phlébite dépasse les veines du petit bassin et gagne les gros troncs veineux primitifs. Plus souvent, elle se complique de phlegmatia alba dolens par extension du processus aux veines crurales.

— Le diagnostic de la phlébite pelvienne suppurée peut et doit être posé dans l'immense majorité des cas, grâce aux signes cliniques indiqués plus haut et au laboratoire. Il se fait avec toutes les formes de l'infection puerpérale, en particulier avec les formes généralisées; par contre, le diagnostic exact du siège, de l'étendue des lésions veineuses est beaucoup plus délicat à établir : les lésions inflammatoires de voisinage, quasi constantes en cas de phlébite du pédicule inférieur, contribuent encore à accroître les difficultés.

— Le pronostic de la phlébite pelvienne suppurée doit être considéré comme grave, très grave. Il s'agit là d'une des formes les plus redoutables de l'infection puerpérale avec les péritonites et les septicémies. Le traitement médical seul est, dans l'immense majorité des cas, incapable de conjurer l'issue fatale. Le seul espoir réside dans l'intervention chirurgicale qui, bien des fois, a pu sauver ces malades.

— Le traitement chirurgical des phlébites pelviennes suppurées « est né et vit encore des échecs du traitement médical ».

1° Il ne faut pas opérer trop tôt car, d'une part, l'expérience a montré que l'opération précoce donne de mauvais résultats, le foyer étant trop virulent; d'autre part, il faut être certain du diagnostic, qui est, avant tout, un diagnostic d'évolution;

2° Il ne faut pas non plus opérer trop tard, alors que les complications pulmonaires se sont nettement manifestées.

Donc, « il faut opérer dès que le diagnostic de suppuration est certain ».

— La voie transpéritonéale est la voie d'abord la plus logique. Elle est plus facile et permet de se rendre compte, par la vue et le toucher, de l'étendue et du siège exact des lésions veineuses.

— La résection veineuse est l'opération idéale puisqu'elle réalise en un seul temps les deux indications principales du traitement chirurgical des phlébites pelviennes suppurées : arrêt des embolies septiques et ablation du foyer initial de suppuration. En pratique, cette technique est presque toujours réalisable en cas de phlébite suppurée des pédicules supérieurs généralement indemnes de toute lésion de voisinage.

— La ligature veineuse, qui a pour but de mettre obstacle aux embolies, est indiquée en cas de phlébite du pédicule inférieur, puisque :

1° La présence quasi constante de lésions inflammatoires de voisinage (infiltration de la base du ligament large en particulier),

2° Le siège même des veines thrombosées,

rend leur découverte, leur isolement et leur résection, sinon impossibles, du moins extrêmement difficiles et dangereux.

On s'attachera alors à lier en zone saine le plus haut possible, sans craindre de *lier gros*.

— L'hystérectomie complémentaire sera pratiquée lorsque l'utérus présente des lésions, mais en général il paraît macroscopiquement sain.

piquement sain. Il ne faut pas hésiter à l'enlever si on a des doutes sur son intégrité.

— Les résultats opératoires sont nettement encourageants. L'intervention, qui n'entraîne qu'un shock minime pour la femme, a permis d'abaisser à moins de 50 % la mortalité de cette redoutable affection (dans les interventions que nous rapportons, il y a eu 7 guérisons sur 12 interventions). Seule, elle permet d'arracher à la mort les malades qui en sont atteintes et il est légitime d'espérer que les résultats s'amélioreront de plus en plus, lorsque la phlébite pelvienne suppurée sera encore mieux connue et rapidement dépistée.

VU : *Le Doyen,*
ROGER.

VU : *Le Président de Thèse,*
C. JEANNIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

(Pour la bibliographie complète avant 1925, consulter la thèse d'agrégation de M. HOUEL, Alger, 1926).

MM.

CHOMÉ. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. 1924, 1926, 1928.

DREYFUS WILHELM. — La phlebectomie comme méthode de traitement de la thrombo-phlébite et de ses complications.

— *Deutsche zeitschrift für chirurgie*. T. CCXVIII, fascicule 5-6, juillet 1929.

DUCUING. — Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires. 1929.

FRANK. — *Thrombosis post-abortum, excision of the thrombosed left ovarian vein. Hysterectomy, death from continued thrombosis*. — *Surgery gynecology and obstetrics*. Jan. 1911, p. 82-85.

HALBAN et KOEHLER. — *Pathologische anatomie des puerperal progresses*. Vienne 1919.

HERVIEUX. — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales; suites de couches*. — 1870.

- HOUEL. — Contribution à l'étude des phlébites utéro-pelviennes puerpérales suppurées. — Alger, 1926.
- JEANNIN et CHOMÉ. — Le traitement chirurgical dans les formes pyohémiques de l'infection puerpérale. — Séance du 24 janv. 28, à l'Académie de médecine. Tome CXIX, n° 4.
- JEANNIN. — Traitement des infections puerpérales d'après la méthode suivie à la Clinique obstétricale de la Pitié, à Paris. — Québec, 1928.
- KOEHLER et EHRENFEST. — *Therapy of puerperal fever*. Edition américaine. — Saint-Louis, 1925.
- LAFFONT, HOUEL et FERRARI. — A propos de 7 ligatures de la veine cave. — 9 Observations de phlébite utéro-pelvienne suppurée. — Bull. de la Société d'obst. et de gyn. Avril 1928, n° 4.
- DE LEE. — *Principles and practice of obstetrics*, 4^e éd. (1926), p. 931.
- LEQUEUX et CHOMÉ. — Quelle place faut-il donner à la phlébite pelvienne suppurée dans l'infection puerpérale ? — Congrès de la fièvre puerpérale. Strasbourg, 1923.
- MARTENS. — A quel moment et comment pratiquer les ligatures veineuses au cours des infections puerpérales. — *Deutsche medizinische wochenschrift*. T. LV, n°s 29 et 30 (juill. 1929).
- MAURER et PORTES. — Notes sur l'anatomie des veines iliaques primitives. — Bull. de la Société anatomique de Paris. Janv. 1920.
- Les vaisseaux termino-aortiques chez la femme. — *Gyn. et obst.*, T. III, n° 6, 1921.
- MAURER. — A propos des ligatures veineuses dans le traitement

de l'infection puerpérale. — 32^e Session du Congrès français de chirurgie, en 1923.

POLAK. — *Is surgical intervention justifiable in the treatment of metro-phlebitis and thrombo-phlebitis of the pelvic veins.* — *American Journal of obstetrics and gynecology.* April 1929, Vol. XVII, n^o 4.

La Pratique de l'Art des Accouchements. — Article : Phlébites puerpérales. — 3^e Edition, 1914 : M. JEANNIN. — 4^e Edition 1927 : MM. BRINDEAU et CHOMÉ.

PRGUST et MAURER. — Contribution à l'étude de la ligature des veines iliaques internes. — *Journal de Chirurgie*, T. XII, n^o 1.

RAMOND. — Phlébite pelvienne puerpérale. — *Presse médicale*, n^o 84 (oct. 29).

ROBIN. — L'Hystérectomie et les ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale. — *Thèse*, Paris 1926.

SCHUMACHER. — Etiologie des thromboses et des embolies post-opératoires et du post-partum. — Etude fondée sur les observations cliniques. — *Archiv für Gyn.* T. CXXIX, f. 3. janvier 1927.

SIREDEY. — *Les maladies puerpérales.* — 1884.

SIREDEY et J.-L. FAURE. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.* — 1914.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Pages</i>
Introduction et généralités.....	15
Etude anatomique du système veineux pelvien chez la femme.	21
Pathogénie et étiologie des thrombo-phlébites utéro-pelviennes.	45
La thrombo-phlébite pelvienne simple.....	51
La thrombo-phlébite pelvienne suppurée.....	61
— fréquence.....	63
— anatomie pathologique.....	65
— étude clinique.....	83
— formes cliniques.....	92
— diagnostic	97
— pronostic,.....	106
— traitement	111
— technique opératoire.....	129
— résultats du traitement chirur- gical.....	141
Observations.....	145
Conclusions.....	209
Bibliographie.....	215

Gournay-en-Bray. — Imp. A. Letresor.
